



This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

### Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

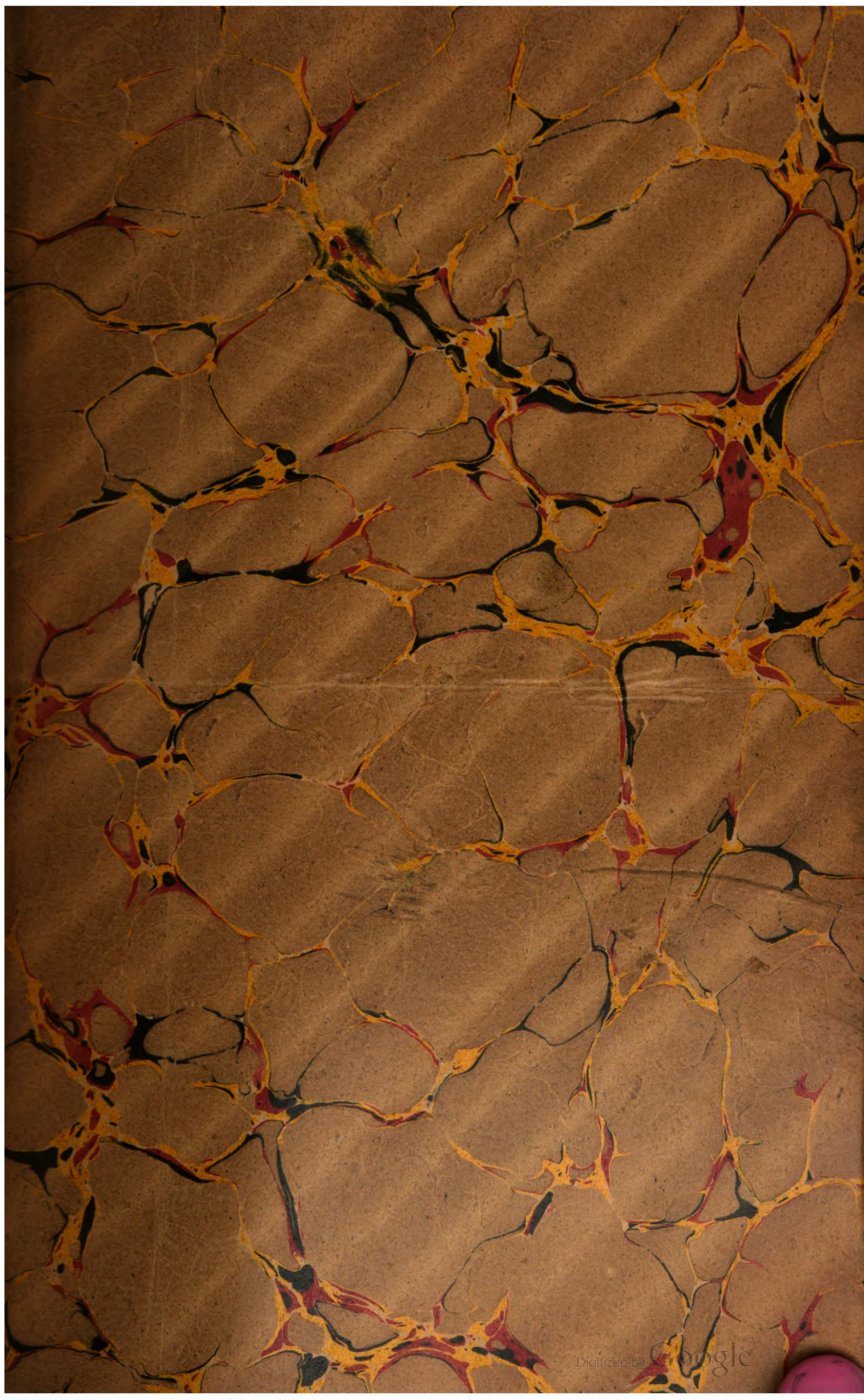
- + *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.
- + *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.
- + *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.
- + *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

### About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at <http://books.google.com/>

No. ....

BOSTON  
MEDICAL LIBRARY,  
19 BOYLSTON PLACE.



E. W. 3.







JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.



# JOURNAL DE MÉDECINE

DE LYON

RÉDIGÉ PAR MM.

**CHATIN,**

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**DELORE,**

Chirurgien en chef désigné de la Charité.

**PERROUD,**

Médecin de l'Hôtel-Dieu.

**GAILLETON,**

Chirurgien en chef de l'Antiquaille.

---

2<sup>e</sup> ANNÉE. — TOME IV.

JUILLET-DÉCEMBRE 1865.

---

LYON

LIBRAIRIE MÉDICALE DE J.-P. MÉGRET

Quai de l'Hôpital, 57.

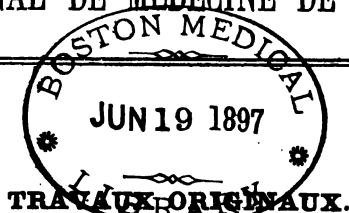
---

M D CCC LXV





# JOURNAL DE MÉDECINE DE LYON.



VOMISSEMENTS INCOERCIBLES PENDANT 35 JOURS. —  
MÉTORRHAGIES. — GROSSESSE MOLAIRE HYDATIQUE.  
— AVORTEMENT PROVOQUÉ. — GUÉRISON.

Par M. A. DARDEL, médecin consultant aux eaux d'Aix  
(Savoie).

M<sup>me</sup> A... P..., chez laquelle s'est produit ce fait intéressant d'obstétrique, est âgée de 29 ans, jouit habituellement d'une bonne santé et n'a jamais éprouvé de suppression menstruelle hors l'état de gravidité. Trois grossesses depuis 1859 ont été heureuses et suivies de couches faciles ; seulement la dernière fois (mars 1862), une insertion partielle du placenta sur le col occasionna, sur la fin de l'accouchement, une violente hémorrhagie ; mais grâce à l'engagement de la tête en première position et à la marche rapide du travail, cet accident n'eut de suites ni pour la mère, ni pour l'enfant, ainsi qu'on peut s'en convaincre en lisant les détails publiés par moi à cette occasion (1).

Les règles se suppriment de nouveau le 23 mai 1864, et les signes ordinaires de la grossesse ne tardent pas à se manifester. On observe cette bizarrerie singulière que chaque fécondation a toujours déterminé l'intolérance absolue pour l'odeur de cigare nullement pénible dans l'état ordinaire. La leucorrhée assez abondante qui persistait depuis

(1) Voir *Imparziale medico*, de Florence, février 1864, et *Journal de médecine*, de Lyon, septembre 1864.

deux mois cesse alors ; mais l'estomac, déjà gastralgique auparavant, souffre davantage, et chaque jour les digestions deviennent plus difficiles. Rien du côté des mamelles. Sans pouvoir se l'expliquer à elle-même, sinon par l'amaigrissement rapide qu'elle constate, par la constipation opiniâtre, par des maux de reins fréquents qui n'étaient jamais survenus dans les grossesses précédentes, il semble à la malade que dès le début, cette grossesse a présenté quelque chose d'insolite. Dans ces conditions, on se rend aux bains de mer de Lestaque, le 30 juillet, et on les prend longs, répétés, jusqu'au 9 août suivant. Les premiers bains furent pris avec plaisir, mais bientôt ils devinrent moins agréables. En même temps que la digestion s'altère de plus en plus, les aigreurs, les nausées deviennent continuelles, et le déjeuner n'est jamais digéré à l'heure du dîner.

Un accident, en apparence insignifiant, s'était produit pendant un de ces bains, et je dois ici le noter au point de vue des phénomènes ultérieurs. Nageant dans une eau profonde, M<sup>me</sup> P... ressentit tout à coup une *très-vive douleur dans la fosse iliaque droite*. Cet éclair douloureux avait été fugitif, mais sa vivacité fit craindre à la baigneuse de ne pouvoir regagner le bord. A dater de là, cette douleur se reproduit de temps à autre, plus ou moins vive, mais toujours passagèrement.

Le 8 août, le déjeuner est vomi et le dîner digéré péniblement. Le 9 commence, avec des douleurs lombaires plus marquées, une légère *métrorrhagie*, laquelle, assez abondante pendant la journée, s'atténue le lendemain et continue toute la semaine suivante sous la forme d'un simple suintement sanguin. En même temps, les vomissements se reproduisent chaque jour, deviennent plus fréquents et augmentent de violence. Du 10 au 19 août, la malade vomit de sept à douze fois dans la journée ; mais cependant, de loin en loin, quelques aliments restaient encore capricieusement dans l'estomac. Depuis le 20, rien ne peut être toléré, ni solide, ni liquide ; il se déclare, en outre, des vomissements spontanés (*à vide*), puisqu'ils surviennent alors même que la cavité stomacale ne renferme aucune substance alibile capable de provoquer la susceptibilité morbide de l'organe.

C'est alors aussi que se manifeste une violente céphalée fronto-orbitaire et sincipitale qui n'aura plus désormais que de courts et rares intervalles. Avec chaque vomissement, on observe un hoquet très-pénible, des inspirations bruyantes et saccadées, un soulèvement extrêmement violent de la cage thoracique par les contractions du diaphragme et des muscles abdominaux ; puis, vers la fin, on entend un bruit *hydroaérique* assez fort pour être entendu de loin, que la malade appelait une *vague*. Ce bruit ressemblait assez au son que produiraient des liquides mêlés à des gaz agités dans un vase clos et sonore. Après chaque déjection, survient un peu de sueur et un soulagement tellement marqué que la malade préfère les efforts douloureux du vomissement au mal de cœur avec angoisse indéfinissable qui le précède parfois pendant plus d'une heure. Quant aux matières vomies, s'il s'y trouvait des aliments soit solides, soit liquides, ces substances, après un séjour plus ou moins long dans l'estomac, étaient rendues intactes, sans odeur acide, sans avoir subi le moindre travail de digestion, mais toujours mêlées à une quantité variable de sécrétions muco-biliaires, et vers la fin il s'y mêlait un peu de sang. Le vomissement est-il spontané, les efforts musculaires sont plus violents, la fatigue est plus grande ; le liquide expulsé est jaune verdâtre, fortement chargé de bile et de mucosités filantes, parsemé çà et là de stries sanguines provenant des contractions multipliées des muscles de l'arrière-bouche. Le tout dégageait une odeur nauséuse particulière qu'on ne saurait mieux comparer qu'à l'odeur que l'on sent près des marécages. A chaque vomiturition succède un accablement profond, tant physique que moral. Tels furent en résumé, pour éviter des redites, les phénomènes du vomissement, du commencement (8 août) à la fin de la maladie (14 septembre) ; sa fréquence seule variait : tantôt, ce n'était que sept à huit fois par jour, tantôt, quinze, vingt, trente fois dans le même laps de temps. — Un autre fait non moins important à noter, en raison de la *fièvre paroxystique* grave qui survint plus tard, c'est que, dès que les vomissements devinrent fréquents, on observa dans la marche du mal une certaine *périodicité*. Un jour

était bon, relativement, le suivant mauvais ; le jour mauvais, où la fatigue était plus grande, les pieds et les mains brûlants, surtout pendant la nuit, ne pouvaient rester couverts, outre que l'agitation musculaire était extrême ; mais, en ce moment, cette excitation sympathique du système nerveux du cœur pouvait avec vraisemblance être regardée comme la fièvre des femmes enceintes, qui cesse d'ordinaire du quatrième au cinquième mois.

Le docteur Castellan, d'Aix en Provence, qui vit le premier la malade, croyant voir dans les pertes sanguines la menace d'une fausse couche, usa successivement du repos, des lavements laudanisés, des eaux de Vichy, des potions gazeuses, des amers; employa la glace, les bains, les antispasmodiques, etc., en un mot tout ce que suggérait la double indication de l'avortement à prévenir et du vomissement à modérer, car aucun des médecins qui virent alors M<sup>me</sup> P... ne douta de la réalité de la grossesse, comme cela arriva plus tard à d'autres. Ces diverses médications n'eurent aucun résultat : le 22 août, de nouvelles *pertes sanguines* paraissent, le ventre est sensible, non ballonné, les vomissements se multiplient et la constipation est opiniâtre. Le docteur Goyrand (d'Aix), appelé en consultation, conseille contre ce dernier symptôme le calomel et l'opium. Par l'examen local, nos confrères reconnaissent une mollesse particulière, une ampliation du globe utérin de beaucoup plus considérable qu'elle ne devrait être au troisième mois de la grossesse, puisque le corps de la matrice, que l'on trouve d'ordinaire à cette époque limité au niveau de la partie supérieure du pubis, est déjà sensiblement appréciable à trois travers de doigts au-dessus de ce même point. Le col est à peine entr'ouvert. A la médication calmante, poursuivie sans succès, l'on ajoute des lavements nutritifs de lait et de bouillon qui sont tolérés. Du 24 au 25, le séjour des aliments dans l'estomac, qui jusque-là s'était plusieurs fois prolongé une heure et demie, trois-quarts d'heure, devient de plus en plus court, le vomissement arrive presque aussitôt après l'ingestion. Le 25, la perte utérine, après avoir reparu le 22, cessé le 23 pour se reproduire le 24, se suspend de nouveau ; mais les nuits, qui permettaient en-



core quelques heures de sommeil et de réparation, se passent depuis le 26 dans une insomnie absolue, avec une inquiétude et une agitation toujours plus grandes. Ce jour-là, le col paraît un peu plus dilaté qu'au premier examen ; de plus, le toucher révèle un peu de douleur en arrière et à droite. Le 27, nouvelle métrorrhagie légère qui dure jusqu'au lendemain et s'arrête le 29. La question de l'*avortement provoqué* est alors débattue et écartée par le docteur Goyrand avec toutes les apparences d'une prudente indication. Jacquemier (1) dit en effet : « Je ne connais pas « d'exemple de femme qui ait succombé à des vomissements purement sympathiques de la grossesse. » — Mais il ajoute plus loin, d'après les judicieuses observations de Dance, que le vomissement peut causer la mort, s'il se complique d'altérations graves du côté de l'utérus, ou de phlegmasie, surtout quand il survient de l'amaigrissement et de la fièvre. On verra plus loin la justesse de ces réflexions appliquées au cas actuel, où l'expectation plus longtemps prolongée eût été nécessairement fatale, bien qu'au début elle dût paraître parfaitement opportune.

Comme d'ailleurs l'amaigrissement augmentait d'une manière effrayante avec les vomissements, le découragement, la faiblesse étant extrêmes, nos confrères se décidèrent à renvoyer la malade dans son pays, espérant que le voyage précipiterait le travail qui semblait commencer lentement, et qu'ainsi l'avortement se produirait sans intervention chirurgicale : je pars alors (30 août) pour la Provence, afin d'accompagner la malade en Savoie.

Le 31, vers trois heures après midi, après plus de vingt vomissements atrocement douloureux dans la matinée, un frisson glacial se déclarait tout à coup, en même temps qu'une douleur violente de la région iliaque droite, qui, s'irradiant à la hanche et à la cuisse du même côté, rendait très-douloureux les mouvements du membre. Malgré les serviettes brûlantes, les cataplasmes, les fomentations stimulantes, il est impossible de réchauffer la malade. Ces frissons alternent avec des sueurs froides pendant

(1) *Manuel des accouchements*, A. II.

plus de deux heures et sont suivis d'une fièvre ardente (135 pulsations), mais la peau reste sèche, aride, et la réaction fébrile n'amène pas de détente sudorale. Après un lavement au sulfate de quinine, le pouls baisse un peu dans la soirée, et Madame P..., voulant partir à tout prix, commence à huit heures du soir dans un wagon-lit un douloureux voyage de 17 heures. De 11 heures à minuit, nouveaux frissons algides moins prolongés, nouveau paroxysme fébrile, exacerbation des vomissements, de la douleur du côté droit, brisement général. Au matin (1<sup>er</sup> septembre), mon ami le docteur Berne, chirurgien en chef de la Charité, veut bien visiter la malade à la gare et trouve encore 130 pulsations. Ne pouvant préciser son diagnostic par le toucher, notre confrère, sans croire à la *méthro-péritonite* que nous redoutions, craint une inflammation péri-utérine localisée; il conseille, en attendant l'arrivée, une nouvelle dose de l'anti-périodique et les cataplasmes laudanisés sur le ventre. Le soir, au retour, pendant une heure et demie, frissons suivis d'une réaction plus violente, et répétition des mêmes accidents à minuit, le vomissement ne diminuant en rien malgré l'emploi continu de la glace. Le pouls pendant la rémittence se maintient à 118, 120. En dépit des préparations de quinquina à doses fortes et répétées, du 31 août au 18 septembre, cette fièvre *continue rémittente* a été plus ou moins énergique, mais n'a plus eu d'interruption. Aussitôt en arrivant, et sans attacher néanmoins une très-grande importance à ce moyen qu'a préconisé le docteur Robert-Latour dans les cas où l'on redoute l'invasion de la péritonite, la totalité de la surface abdominale avait été badigeonnée avec le collodion riciné; mais le péritoine, heureusement, ne s'enflamma point.

Le 1<sup>er</sup> septembre, on compte dix-huit vomissements; le 2, quinze, et une perte sanguine insignifiante paraît dans la nuit pour disparaître le lendemain. Le docteur Davat voit la malade avec moi, ainsi que MM. les docteurs Combalot, de Marseille, et George, de Gex. Au toucher, le col nous paraît ramolli, mais la dilatation n'a pas augmenté. La phalange unguéale de l'index y pénètre à peine en entier. Le pouls oscille de 130 à 112. La face est terreuse, grippée,

l'accablement absolu. La vie est évidemment menacée, et l'indication de l'accouchement à provoquer se présente de plus en plus à notre esprit, mais nous ne pouvons la faire admettre à notre collègue, plus expérimenté que nous. On attend en continuant une médication active, mais qui ne pouvait être qu'impuissante.

Le 3 septembre, nouvelle hémorrhagie peu copieuse, douze vomissements, double accès fébrile, dépérissement rapide ; la dilatation ne marche pas. Même situation le 4, sauf que la douleur du côté droit est un peu moindre. Poids à 128.

Le 5, autre hémorrhagie toujours faible, dix-neuf vomissements. La fièvre, l'insomnie persistent, l'accablement augmente, le col ne s'ouvre point. On continue les bains prolongés, les lavements nutritifs et fébrifuges, la glace, les cataplasmes laudanisés et la potion iodée suggérée par le docteur Berne.

Le 6, le professeur Bouchacourt, de Lyon, consent à visiter la malade avec nous ; il constate, en arrière du col entr'ouvert dans son segment inférieur, mais entièrement fermé à l'orifice supérieur, une saillie large, mollasse, très-obscurement fluctuante, se perdant en haut et en arrière, quand le doigt ne peut plus le suivre. Ce point, déjà constaté par nous, est toujours plus douloureux ; le ventre est tendu, ballonné ; le corps de l'utérus est mou, incliné à droite et excessivement volumineux pour une grossesse de trois mois.

Malgré sa grande habitude pratique des maladies utérines, notre savant collègue, en face de cette tumeur péri et rétro-utérine, de ce col entr'ouvert, devant ce développement anormal du globe utérin, put douter un instant de la réalité de la grossesse ; mais quand il eut fait avec nous l'examen anamnestique des grossesses précédentes, il se convainquit bientôt, par l'analogie des symptômes avec ceux autrefois observés, que la matrice était bien véritablement dans l'état grévide. Pour s'expliquer la mollesse et le volume excessif de l'organe gestateur, M. Bouchacourt pensa qu'une certaine quantité de sang pouvait s'être épanchée entre le produit et la face interne de la cavité qui le contenait ; que ce

sang lentement accumulé, après avoir déterminé les tiraillements, la distension, causait aujourd'hui le cortège alarmant de symptômes que l'on cherchait en vain à combattre. Le temps pressait, il fallait agir. Aux moyens précités, nous joignons la douche utérine deux fois par jour, au moyen d'une décoction émolliente de têtes de pavot, de morelle et de belladone, dans le double but de dilater le col et de calmer la sensibilité morbide de l'utérus, ainsi que l'état sympathique de l'estomac. Les premières injections parurent d'abord satisfaire à cette dernière indication; en effet, dès le lendemain, il y eut atténuation des symptômes. On ne compta que huit vomissements, quoique la fièvre et ses deux accès n'eussent subi aucune modification.

Le 8, cinq vomissements seulement; le pouls baisse et oscille entre 120 et 97. Un bouillon maigre aux poireaux est gardé, pour la première fois, pendant une heure et demie, avec un travers de doigt de vin d'Alicante. Pas de sommeil, mais moins d'agitation. Le 9, six vomissements, mais tout est vomi de nouveau, sorbets, consommé américain, pepsine, gelée, et les aliments ne sont conservés que peu d'instant; pouls de 120 à 94; un peu de sommeil la nuit.

Le 10, même nombre de vomissements que la veille; toujours la fièvre; pouls 90-120; seulement, à l'accès de trois heures après midi, des frissons légers accompagnent la réapparition d'une vive douleur accusée profondément dans la fosse iliaque droite. Cette douleur ne dure pas; une biscotte dans du vin de Bordeaux est gardée pendant une heure, et tout autre aliment est vomi. Cette tolérance nous fait céder au désir de la malade et lui accorder pour tisane du vin de Bordeaux à la glace; elle se refuse, du reste, dès lors à accepter aucune autre espèce de boisson, et la continue jusqu'à la fin de la maladie.

Le 11, meilleure journée; pouls, 120, 96; un bouillon et un blanc de poulet sont conservés près de quatre heures; deux vomissements; mais, vers le soir, l'agitation redevient excessive, la fièvre violente; du sang se mêle de nouveau aux sécrétions vulvo-vaginales, qui prennent une odeur fétide, quoique, après des douches longues et nombreuses, le col ne se soit pas ouvert davantage.

12 septembre. — Le ventre se ballonne, la fièvre augmente (125, 115), tout est vomi. Céphalée atroce, face grippée, quatre vomissements. La veille, pour la première fois, on avait suspendu le sulfate de quinine; aussi les deux paroxysmes furent de beaucoup plus violents et suivis d'un indescriptible accablement. L'inquiétude nerveuse est extrême; la maigreur squelettique, la paume des mains et la plante des pieds sont toujours brûlants.

D'autre part, si la douche a ramolli le col, si la masse utérine s'est sensiblement abaissée, la dilatation n'a pas marché, le travail ne s'annonce point. Malgré l'imminence du danger, nous étions encore partagés; les uns voulaient l'abstention pure et simple, les autres vider immédiatement la matrice. Ce dernier parti prévalut, et le 12, à 4 heures après midi, le docteur Bouchacourt se décida à pratiquer l'accouchement prématuré.

Après l'introduction du spéculum, un cône d'éponge préparée à la cire, retenu par un fil, est poussé dans l'ouverture du col, puis coiffé d'un tampon de charpie, pour s'opposer au déplacement. Vers onze heures du soir, au moment de l'accès nocturne, commencent les premières douleurs. Les coliques utérines d'abord vives, accompagnées d'accès d'envies fréquentes d'uriner et d'aller à la garde-robe, de ténisme anal, s'interrompent après minuit.

13 septembre. — Les coliques utérines se réveillent le matin à 5 heures. Alors se déclare une métrorrhagie de sang pur, rapidement coagulé, si copieuse qu'elle remplit un vase de nuit. A six heures, douleurs plus violentes, expulsion brusque de l'éponge, du tampon et d'une large onde sanguine représentant comme quantité la moitié de la première hémorrhagie. Les douleurs continuent de dix en dix minutes jusqu'à 8 heures. En ce moment, la malade rend, avec des masses de sang coagulé, des débris dissociés que la garde compare à des œufs de poisson et qui nous font de suite penser aux hydatides. Enfin, un quart-d'heure après, avec un nouveau flot hémorrhagique, sortait de la matrice une masse hydatidiforme plus volumineuse que le poing et qui sera décrite plus bas. La fétidité des sécrétions vulvaires nous avait fait conjecturer à tort l'altération du



produit, car la production hydatique était fraîche, sans odeur, nullement décomposée. Le toucher, pratiqué de suite après l'expulsion, nous dénota la disparition immédiate de la tumeur rétro-utérine antérieurement si bien constatée. Sans doute, elle n'était due qu'à la saillie de la *môle* très-diffuente elle-même, ou peut-être à du sang accumulé en culot au-dessus de l'orifice interne du col. Heureusement la rétraction utérine fut immédiate, le ventre redevint souple, et l'hémorrhagie, qui avait été si terrible pendant le travail, ne fut qu'insignifiante. La vie courait cependant le plus grand péril, les forces étaient à bout, les extrémités froides, le pouls petit, dépressible, d'une telle fréquence et d'une telle rapidité qu'on ne pouvait le compter; la voix entièrement éteinte; il y a, en outre, des étouffements; le cœur bat avec violence, les oreilles tintent, et la sensation continue de mal de cœur fait craindre une syncope. Au milieu de cela, l'intelligence est intacte, et la malade exprime par ses regards sa reconnaissance à ceux qui l'entourent. Cherchant à relever avant tout l'organisme défaillant, on ordonne successivement du vin de Xérès, du café, du vin de Bordeaux, de la teinture de canelle et d'aconit, mais le vomissement survient toujours plus ou moins vite. Vers midi, une tasse de consommé séjourne trois quarts d'heure dans l'estomac; le pouls semble se relever un peu, et quelques instants de sommeil suivent le vomissement. Malgré la délivrance, un violent frisson ramène l'accès fébrile à l'heure accoutumée (3 heures), et à sa suite, de nombreux vomissements; pouls de 140 à 130. Lavements de quinquina et de vin de Madère, thé au rhum, potion d'aconit et d'arnica. Le soir, expulsion de caillots avec coliques; l'accès nocturne est moins accentué, et le pouls reste à 125.

14 septembre. — A dater de ce jour, les vomissements cessent définitivement, et tout semblait marcher à bien, quand, à onze heures du matin, survient un accès de fièvre dû au traumatisme, mais si violent que nous croyons perdre la malade déjà épuisée par l'inanition et la métrorrhagie. La peau est ardente, aride, et le pouls se maintient sans interruption à 140 jusqu'à 10 heures du soir. Hoquet fréquent, anéantissement. Lochies sanguinolentes et fétides.

Liniment calmant, eau vineuse, potion d'aconit, injections de camomille, de mauve et de quinquina. Je retire trois caillots engagés dans le col.

15 septembre. — Au matin, la fièvre persiste avec moins de force, le pouls variant de 120 à 130. M. Bouchacourt, reconnaissant par le toucher que de nouveaux caillots obstruent le col utérin, introduit la main et nettoie entièrement la matrice, d'où il retire deux caillots grisâtres et fétides. La forme lobulée de ces caillots aurait pu faire supposer qu'ils avaient séjourné dans la matrice, mais non la fétidité seule, que la chaleur intense de la fièvre suffit à produire en peu d'heures. Quelle que fût, du reste, leur influence, ou la période fébrile touchait-elle à sa fin, deux heures après cette petite opération, la fièvre faiblit sensiblement, et depuis lors, un changement complet et rapide se déclara soit dans le faciès, jusque-là si altéré, soit dans l'état général si déprimé. Après avoir failli mourir de l'hémorrhagie, puis de la fièvre, on passait d'une situation désespérée à un mieux extraordinaire. L'accès du soir manque; les lochies étant toujours fétides, on ordonne des injections avec un décocté de quinquina additionné d'eau chlorurée, et une potion d'ergotine pour aider la rétraction utérine et expulser les derniers caillots.

16 septembre. — La nuit a été bonne, le paroxysme nocturne n'a pas reparu, mais le pouls, qui varie entre 110 et 120, conserve ce caractère de célérité propre à l'anémie. L'appétit se réveille, une rôtie au vin de Bordeaux est bien digérée, la peau est sudorale, quelques caillots sont encore expulsés, et les lochies ont moins d'odeur. On continue le traitement tonique et anti-septique.

17 septembre. — Le docteur Bouchacourt, après avoir prodigué à la malade les soins les plus habiles et les plus dévoués, part pour Lyon avec la certitude d'une prochaine convalescence; cependant le retour à la santé ne fut pas régulièrement progressif, mais par saccades. Le pouls, qui avait baissé jusqu'à 105, se relève brusquement à 11 heures dans un accès fébrile, et donne 130 pulsations. Ces accès se reproduisent depuis lors jusqu'au 20, en s'affaiblissant tous les jours. Le pouls marque de 80 à 100, mais avec les varia-

tions les plus capricieuses ; d'ailleurs l'appétit continue, le sommeil devient plus calme, la peau moins sèche, et tout cela indiquerait assez que ces désordres circulatoires tenaient à l'appauvrissement de la crase sanguine, si la certitude n'en était fournie par les palpitations cardiaques, le souffle carotidien, la faiblesse radicale de tous les membres, le besoin absolu de silence, de repos, l'impatience sans motif, l'irritabilité et l'impressionnabilité excessives, les pleurs sans cause, l'hyperesthésie cutanée, les douleurs hémicrâniennes avec les mille formes névralgiques de l'anémie. Régime tonique, vin amer, fer, lait d'ânesse, consommés, tout est bien digéré, et un sommeil profond, avec de douces sueurs à la peau, suit de près l'ingestion des aliments.

20 au 27 septembre. — A dater du 20, plus d'accès fébriles, quoique le pouls se maintienne entre 80 et 90 pulsations ; mais les névralgies de tout genre, *lombaire, faciale, intercostale, fronto-occipitale*, tourmentent beaucoup la malade, outre que la faiblesse extrême ne peut permettre aucun mouvement spontané.

Ce n'est que le 28 qu'on la porte sur une chaise longue. Elle s'en trouve bien et digère plus rapidement. Le 29, elle peut rester levée plus longtemps et dort mieux. Le 30, quelques mouvements des jambes s'exécutent, si le tronc est soutenu par deux personnes. Aux lochies, qui jusque-là étaient restées colorées en rose, succèdent d'abondantes pertes leucorrhéiques, avec douleurs de reins et crampes stomacales.

1<sup>er</sup> octobre. — Par un beau soleil, le corps étant chaudement couvert et couché sur une chaise à porteurs, on tente une première sortie. L'air extérieur produit une impression si pénible qu'elle va jusqu'à la défaillance, mais l'acclimatation se fait vite les jours suivants, et les forces renaissent si bien qu'après une semaine de séjour à la campagne, M<sup>me</sup> P... parvient à se soutenir sur deux béquilles et à faire quelques pas. Néanmoins, pendant tout ce mois, il lui est impossible de se redresser ; le corps semble replié sur lui-même ; des pertes blanches très-abondantes l'énervent, causent de violents maux de reins, de la gastralgie, et quand elle marche, de légères pertes sanguines se produisent avec accroisse-

ment des douleurs lombaires, chaque fois qu'elle veut essayer des mouvements plus rapides ou plus étendus. Continuation des toniques, des amers, des ferrugineux, frictions stimulantes, vin de Bugeaud, etc. Le pouls variait entre 80 et 85, et malgré les névralgies, la digestion s'améliorait. Le ventre continua à être très-empâté et très-gonflé jusqu'après la troisième semaine d'octobre. A cette époque survint une abondante *métrorrhagie* qui n'était autre que le retour des menstrues, qui dès lors ont repris leur cours régulier.

Novembre. — La leucorrhée diminue, le ventre redevient presque naturel, les forces grandissent, le pouls est descendu à 75; on quitte les béquilles, mais, si l'on ne marche pas avec beaucoup de lenteur, un peu de *métrorrhagie* se reproduit aussitôt. Le col utérin est en bon état, et l'embonpoint reparait. Les cheveux, imbriqués par la maladie, sont feutrés comme dans la plique, et ils tombent en masse; on se décide à raser la tête et à conseiller une perruque.

De décembre 1864 à mai 1865, la santé redevient parfaite; les règles paraissent à l'époque accoutumée, les cheveux ont poussé très-serrés, le régime fortifiant, les bains, les injections astringentes suppriment la leucorrhée et les maux de reins. L'exercice même fatigant est bien supporté; tous les organes du ventre, sont à l'état normal, et la malade part entièrement rétablie.

#### ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE L'ŒUF.

Le produit expulsé pesait 302 grammes; son volume dépassait celui d'un poing d'adulte; le placenta (ce qui prouve de suite que cette môle hydatidiforme n'est qu'une transformation morbide de l'œuf) est encore très-reconnaissable par son tissu propre, sur une grande partie de sa face utérine. Sur tout le reste de la surface, il est diffluent et présente, avec une texture peu vasculaire, une apparence racémiforme en grappes agglomérées. Chacune de ces grappes supporte un nombre immense de petites vésicules remplies d'un liquide diaphane, inodore, non albumineux, car il n'est coagulable ni par le feu, ni par l'alcool. Dans cet amas sin-

gulier d'ampoules de diverses dimensions, dont les parois sont ténues, parfaitement transparentes, et qui tremblotent comme de la gelée, les plus petites atteignent le volume d'un grain de blé, et les plus grosses celui d'un haricot. Chaque vésicule est appendue par un filet très-mince, mais plus solide que ne le ferait croire sa ténuité, et chacun de ces pédicules grêles se rattache à une tige commune. On ne saurait mieux comparer cet ensemble qu'à une masse de groscilles blanches de formes irrégulières. Le délivre, ainsi transformé, a presque triplé de volume, car le nombre des grappes hydatiques est considérable.

Je ne pus découvrir la moindre trace du fœtus; seulement, dans la partie où la trame placentaire était encore reconnaissable, il existait une cavité ouverte, à parois lisses, humides, capable de contenir une noix, et dans laquelle un liquide avait été renfermé. C'était là, sans doute, au milieu de l'œuf avorté, le dernier vestige du sac amniotique après la résorption graduelle des eaux dans lesquelles les éléments du fœtus s'étaient dissous. D'après M<sup>me</sup> Boivin (1), ce serait une *môle hydatique creuse*, ou mieux un *kyste hydatidiforme, vésiculaire du placenta et du chorion*; car, en examinant cet œuf abortif et en le comparant aux produits analogues que d'autres ont décrit, on est ramené, comme l'ont été MM. Velpeau et Cruveilhier, à l'ancienne opinion de Raph et d'Albinus (2); ces auteurs pensaient justement que cette hétéromorphose hydatidée n'était qu'une transformation pathologique, un développement anormal des nodosités glanduleuses qui se trouvent sur les rudiments vasculaires du placenta, et des villosités choriales qui s'atrophient avec les progrès de la grossesse. Malheureusement il est impossible de fournir une explication plausible de cette étrange anomalie.

(1) *Traité des maladies de l'utérus et de ses annexes*, Paris, 1835.

(2) *Uteri mul. gral. mortu tub. septem. Leyde*, 1741-1751.



Cette observation suggère des réflexions importantes. — Et d'abord :

1<sup>o</sup> Quelle était la cause de la fièvre? — A coup sûr, ce n'était pas uniquement le contenu anormal de l'utérus. La môle n'était ni altérée, ni décomposée, comme on l'avait supposé d'après l'odeur des excréments vulvo-vaginales; on sait assez, d'ailleurs, qu'une môle peut être souvent portée sans trop de fatigue, même au-delà du terme ordinaire de la grossesse (1). — Devait on, comme le docteur Combalat inclinait à le penser, accuser l'influence miasmatique palustre de Lestaque, où les bains de mer ont été pris, et expliquer, par ce genre d'intoxication, les exacerbations si régulières et si caractérisées de l'état fébrile, malgré sa continuité? Les conditions fébrigènes de cette localité, même bien établies, seraient trop impuissantes à nous rendre compte de phénomènes aussi complexes; faudrait-il enfin, puisqu'il n'y eut pas de phlegmasie locale, en trouver la raison dans l'épuisement nerveux consécutif à une diète si prolongée et à de si grandes fatigues musculaires?

2<sup>o</sup> Une autre inconnue se présente après celle-ci : L'œuf que nous retrouvons si singulièrement modifié a-t-il été altéré dès le début de la conception? Ne l'a-t-il été qu'après ce bain de mer où survint la première douleur fugitive dans la fosse iliaque droite; ou la transformation ne doit-elle dater que de l'époque où se déclarèrent les pertes et les vomissements du début? — Il est impossible d'affirmer aucune de ces hypothèses, quoique les caractères insolites de la grossesse permettent de supposer logiquement que l'altération a été initiale.

3<sup>o</sup> En troisième lieu, les vomissements, qui ne peuvent être attribués à la môle seule, puisqu'on les voit ne pas survenir avec des mûles énormes, sont-ils dus aux tiraillements, suite de la disproportion qui existait entre le volume de la

(1) Jacquemier, t. I.

production hétéromorphe et la dilatabilité normale de la matrice au troisième mois? ou bien, ainsi que le professeur Bouchacourt nous le suggérait avant la délivrance, le sang, résultat de l'hémorrhagie interne, aurait-il produit, en s'accumulant dans le bas-fond de la matrice, un culot intra-utérin, ce qui rendrait raison des pertes, de la tumeur rétro-utérine et d'autres phénomènes? — Ces données, loin d'être contradictoires, semblent naturellement se confirmer l'une par l'autre, et si l'on ne peut les démontrer, elles peuvent être admises toutes deux. De la sorte, nous pouvons facilement expliquer la disparition immédiate de la tumeur péri et rétro-utérine après la délivrance. En effet, la sensation mollasse perçue par le doigt pourrait être due tant à la présence d'un culot sanguin occupant la partie la plus déclive de la cavité utérine, qu'à la diffuence de la môle hydatique dont une portion, comme on l'a vu, se détacha une heure avant la totalité, et à la flaccidité du tissu utérin trop fortement distendu. Cela me paraît d'autant plus vraisemblable qu'à l'hypogastre, aussi, le palper percevait une sensation de mollesse obscurément fluctuante.

4<sup>o</sup> Enfin, l'indication de l'accouchement à provoquer, si évidente à *posteriori*, était-elle suffisamment motivée avant l'invasion de la fièvre, et, dans l'obscurité du diagnostic, quand fallait-il agir? — C'est là le point délicat du problème. Malgré les pertes fréquentes, la mollesse exagérée de la matrice, la discordance entre son volume et l'époque présumée de la grossesse, malgré l'ouverture légère de l'orifice inférieur du col, le ramollissement de ce même organe, signes évidents de quelque chose d'anormal dans l'état grévide, malgré les vomissements prolongés qu'il est si commun de voir se produire à certaines époques de la grossesse pour disparaître ensuite spontanément, il était impossible, même après ce diagnostic éliminatoire, d'établir exactement ce que renfermait l'utérus. On était donc, sans nul doute, parfaitement fondé à faire de l'expectation au début.

Mais aussi, quand l'amaigrissement, la fièvre, le dépérissement profond furent survenus; quand la vie fut menacée d'une manière si prochaine, il ne fallait plus tarder, même avec l'idée fort douteuse d'un fœtus vivant encore. En effet,

outre qu'il me semble démontré que l'on ne doit jamais hésiter à sacrifier l'existence de l'enfant à celle de la mère, ici ce dilemme ne se posait même pas au chirurgien, car, en ne sacrifiant pas le produit de la conception par l'accouchement artificiel, on vouait à une mort certaine et le fœtus et la mère; ensuite on avait à se reprocher (toute périlleuse qu'elle ait été par l'hémorrhagie) de n'avoir pas tenté la seule chance de salut qui restait encore. Je crois, de plus, que dans un cas analogue à celui-ci, avec le même danger en perspective, il faudrait agir plus tôt et ne pas attendre que la femme en fût arrivée à un si grand degré de faiblesse; car peu s'en est fallu que l'hémorrhagie ne fût fatale et que l'économie, épuisée par tant d'accès fébriles, par tant de déperditions de toutes sortes, ne manquât de force pour lutter contre la fièvre traumatique si terrible qui survint le lendemain de la délivrance. D'ailleurs, dans le cas actuel, avant la fièvre du 30 août, la sécheresse brûlante de la peau, et surtout l'alternative d'un jour bon et d'un jour mauvais notée depuis la première semaine des vomissements, n'indiquaient-ils pas déjà la fièvre à venir et le danger auquel le mal marchait si rapidement?

Il faut avouer, d'autre part, que tous les diagnostics *à priori* furent erronés. Dire ce qui n'était pas était plus facile que de préciser ce qui était réellement. En effet, les corps fibreux, la métrô-péritonite n'existaient pas évidemment; on ne pouvait songer davantage à la grossesse extra-utérine dont la marche est lente, et dans laquelle les complications graves ne surviennent que du quatrième au cinquième mois. Il fallait écarter aussi les kystes ovariens hydatiques (Charcot) ou séreux (P. Dubois) tombés dans l'espace rétro-utérin, dont la marche est de même, lente, insidieuse, rarement inflammatoire; quant au phlegmon péri-utérin, les symptômes locaux sont plus douloureux, puis il survient d'ordinaire à la suite d'un accouchement, d'un avortement récents, d'une métrite aiguë, etc. L'hématocèle péri-utérine ne pouvait être admise davantage, car son début est rapide, promptement suivi d'accidents locaux et sympathiques et d'un cortège de symptômes, où se mêlent ceux de la péritonite et d'une hémorrhagie grave, etc.

Avant de finir, il me reste à noter la manière d'agir de l'éponge préparée dans cette circonstance. Sur le tampon expulsé avec le flot hémorrhagique, le petit cône d'éponge fut rendu tel quel, sans avoir subi le moindre ramollissement. Il a donc agi non pas comme dilateur, mais simplement comme moyen perforateur et irritant. Tout autre corps dur et pointu, la sonde par exemple, qui a été si souvent employée pour perforer les membranes, eût agi de la même façon.

En résumé, en face d'accidents semblables, quand le médecin a vainement épuisé toutes les ressources que l'art et la thérapeutique mettent entre ses mains; quand il a donné à l'expectation tout le temps que la prudence réclame; quand, en dépit de tout, le vomissement persiste et menace l'existence de la femme; quand, enfin, l'on ne constate aucune complication inflammatoire locale du côté de la matrice et de ses annexes, l'on est autorisé à conseiller l'accouchement prématuré artificiel. L'hésitation, si naturelle dans des conjonctures aussi graves, sera diminuée par les précédents heureux et probants de Merriman, de L. Lee, de Simmons, de Schneider, de Lavoli, etc., qui ont ponctionné plusieurs fois les membranes dans les cas de vomissements incoercibles, et je ne puis mieux exprimer la conclusion pratique qui ressort pour moi des détails précités qu'en reproduisant ces paroles si sensées de Jacquemier : « Si l'on doit se garder de toute précipitation et n'agir que quand la nécessité en paraît bien démontrée, il ne faut pas non plus perdre de vue qu'en attendant trop longtemps, le succès de l'opération peut être compromis. » (Jacquemier, t. II, p. 464.)

---

## DE LA DOUCHE OCULAIRE EN OPHTHALMOTHÉRAPIE

Par le docteur LÉON RIEUX, ancien interne lauréat  
des hôpitaux de Paris.

---

Le traitement des maladies des yeux par les douches oculaires que j'ai inauguré en 1847 à l'hôpital des Enfants-Trouvés de Paris, sous la direction de mon savant maître et ami le docteur Chassaignac, est actuellement accepté en chirurgie comme un progrès.

On a signalé dans divers écrits les remarquables résultats qu'il a déjà produits, non seulement à Paris, mais encore dans les hôpitaux d'Allemagne et de Russie. Il m'importait particulièrement de voir expérimenter à l'étranger la nouvelle méthode hydrothérapique, car, si j'en ai pas donné naissance, j'ai du moins assisté à son glorieux baptême, où j'ai eu l'honneur de la couvrir d'un modeste manteau de parrain; et depuis, avec une profonde sollicitude qui ne s'est pas démentie un instant pendant quatorze ans, je l'ai suivie pas à pas dans ses voyages d'outre-mer. Zélé propagateur, j'ai sans cesse cherché dans la limite de mes forces à l'introduire et à la vulgariser dans le monde pratique.

C'est donc le fruit d'une longue expérimentation de la médication oculaire hydrique, ainsi que les modifications que j'ai apportées relativement à la *nature* et à la *température du liquide* employé pour la douche que je viens de nouveau soumettre à l'appréciation de mes confrères.

Mais, avant d'entrer en matière, qu'il me soit permis de remercier vivement MM. les chirurgiens-majors des hôpitaux de Lyon de leur accueil sympathique et en même temps du nombre considérable de malades qu'ils ont bien voulu me confier dans leur service. Je dois surtout l'expression d'un sentiment public de reconnaissance à M. Delore,

chirurgien major désigné, qui le premier avec une initiative qui lui fait honneur, a ouvert à notre traitement les portes de l'Hôtel-Dieu; et à M. Berne, chirurgien en chef de l'hospice de la Charité, qui, bientôt convaincu par des succès évidents, a définitivement mis en usage notre médication dans son service d'enfants malades.

Je ne puis également passer sous silence le concours intelligent de MM. les Internes, le zèle toujours charitable de nos bonnes sœurs hospitalières, et l'empressement bienveillant avec lequel l'administration des hospices a fait établir tous les appareils qui m'ont été nécessaires.

L'introduction dans la chirurgie lyonnaise d'un nouvel élément de succès pour la thérapeutique oculaire m'a valu de nombreux témoignages d'intérêt dont je suis heureux et fier (1); mais la récompense que j'ambitionne le plus, et qui, j'en ai la douce espérance, ne me fera pas défaut, c'est la guérison, par l'hydrothérapie oculaire, de nombreux

(1) Surtout celui que m'a adressé de Paris mon honoré maître et que je demande la permission de reproduire ici pour justifier l'expression de *notre* médication dont je me suis servi :

« Mon cher ami,

« Je ne saurais trop vous féliciter du remarquable succès que vous avez obtenu en faisant pénétrer et en installant dans les hôpitaux de Lyon l'hydrothérapie oculaire, méthode qui vous doit de remarquables travaux. Vous trouverez, dans deux ouvrages que j'ai publiés, toutes les indications que je possède sur l'hydrothérapie oculaire. Dans le tome 2 de ma médecine opératoire, publiée sous le titre de *Traité clinique et pratique des opérations*, vous trouverez la mention du travail publié par vous en 1847 sur l'efficacité des douches oculaires. — *Traité de la suppuration et du drainage*, tome 2.

« Adieu, mon cher ami, je vous prie d'agréer tous mes remerciements pour les peines que vous avez prises en vue de généraliser l'emploi d'une méthode que vos travaux à l'hôpital des Enfants-Trouvés de Paris ont inaugurée dans le monde scientifique.

« Tout à vous.

E. CHASSAIGNAC. »



malades atteints d'affections graves de l'organe de la vision, et trop souvent voués à la cécité par suite de l'insuffisance des moyens précédemment employés.

#### EXPOSITION DE LA MÉTHODE.

De temps immémorial on a fait usage de l'eau pour la guérison des suppurations oculaires. Dans les traités d'ophtalmologie anciens et modernes on cite l'emploi de l'eau en lotions extra-palpébrales ou intra-palpébrales, faites avec la main ou avec les seringues, en bains oculaires au moyen de l'œillère simple ou à jet continu, ainsi que l'a essayé un de nos estimables confrères de Lyon, en applications de compresses mouillées, etc.; mais tous ces moyens imparfaits et insuffisants ne concourent, en définitif, qu'à remplir une seule indication, celle de nettoyer plus ou moins les yeux. J'ai écrit le mot insuffisants; comment en effet espérer de mettre en relief et de faire disparaître, à l'aide de simples lavages, les pseudo-membranes dont M. Chassaignac a si bien démontré l'existence dans les ophthalmies de nature diphthéritique, et qui ne peuvent être détachées de la muqueuse palpébrale qu'avec des pinces, et souvent avec beaucoup de difficulté (1)!

Les agents principaux de tout traitement sont encore actuellement les collyres, les cautérisations, les sétons, les révulsifs, les antiphlogistiques, etc.; puis les yeux sont invariablement, et jusqu'à la guérison, soustraits à l'action de la lumière. L'eau ne figure dans aucun cas comme agent thérapeutique; elle n'est utilisée que comme lavage, par conséquent d'une façon tout à fait secondaire. Ce mode d'emploi ne saurait donc constituer un genre de médication.

Dans la méthode de M. Chassaignac que nous allons développer, nous attribuons au contraire à l'eau une puissance médicatrice spéciale. Administrée sous la forme d'une véritable douche, elle déterge complètement l'œil, et produit toujours par la puissance, la continuité et la tempéra-

(1) Chassaignac. — *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1855.

ture du jet, une réaction des plus salutaires ; aussi, dès les premières douches, les bandeaux sont-ils la plupart du temps mis de côté pour ne plus servir.

Loin de nous la prétention de guérir par la douche toutes les maladies des yeux. Une pareille hérésie ne pourrait être soutenue que par un empirique ou par un médecin peu versé dans la pratique ; et si, au début, nous avons expérimenté son action dans toutes les affections aiguës et chroniques de l'œil, nous avons bien vite limité notre programme en n'acceptant que les effets non contestables. C'est ainsi que je suis arrivé à pouvoir affirmer aujourd'hui que la douche oculo-palpébrale est toujours un excellent moyen préventif, et très-souvent un moyen curatif.

Il se peut que la douche elle-même, telle que nous la donnons, soit insuffisante dans certains cas de phlegmasies rebelles ; alors nous n'hésitons nullement à lui associer secondairement l'action, soit des collyres, soit d'une médication générale avec le sirop d'iodure de fer, l'huile de foie de morue, le quinquina, etc. Notre méthode n'est donc point exclusive, mais je tiens à noter tout d'abord que la douche devient, par ses réactions successives, la base principale de la nouvelle médication.

Ce traitement, qui est facile, peu dispendieux et surtout exempt de danger, peut être d'un grand secours dans les campagnes, dans les hôpitaux, dans les grands centres d'habitation, et, pour ne pas aller bien loin, dans notre ville, où les ophthalmies scrofuleuses ont été et sont encore si fréquentes dans les rues étroites et peu visitées par le soleil, conditions d'insalubrité qui disparaissent, il est vrai, de jour en jour, sous les efforts d'une administration généreuse et éclairée, mais que trop souvent encore on est à même de constater dans certains quartiers moins privilégiés.

En contrôlant nos succès, quelques médecins spécialistes, dans le but de faire prévaloir leurs préventions, ont avancé deux faits graves que je ne puis laisser subsister dans leur pensée, parce que leur admission propagerait deux erreurs.

Ils ont dit que l'on avait exagéré à dessein le danger et



les conséquences de l'ophthalmie purulente. Comment encourir un pareil reproche quand on rencontre si souvent devant soi des victimes de cette cruelle maladie ! Tous les auteurs qui ont écrit sur ce sujet sont d'accord sur l'extrême gravité du pronostic. J'admets volontiers que, dans la clientèle civile, les malades échappent plus souvent aux fâcheuses conséquences de cette affection parce que, d'une part, ils sont suivis plus particulièrement par le médecin pendant le cours de la maladie, et que, d'autre part, il ne s'agit parfois que de conjonctivites catarrhales sans gravité réelle ; mais il n'en est plus de même au centre des établissements consacrés aux orphelins, par exemple, lesquels provenant soit des tours, soit des maternités ou autres hôpitaux, sont en grand nombre nés de femmes affectées de vaginite à l'époque de l'accouchement. Dans ces conditions trop communes, parfaitement expliquées dans une note de M. le Dr Chaillou, de Paris, l'ophthalmie contractée par l'enfant se développe avec une violence qui peut amener en quarante-huit heures le ramollissement de la cornée, et si l'on ajoute à ce caractère de l'intensité du mal la facilité avec laquelle il se transmet par voie de contact, on comprendra les ravages que cette sorte d'affection doit exercer dans les grandes réunions d'enfants.

En second lieu, on a prétendu que notre méthode ne pouvait être adoptée parce qu'elle était d'une application trop difficile, pour ne pas dire impossible. Je suis tenté de croire que les confrères qui parlent ainsi n'ont pas administré eux-mêmes la douche oculaire ou que, s'ils l'ont fait, ils ont assurément manqué de patience, car ils auraient dû reconnaître que rien n'est plus facile que de laisser tomber de l'eau sur l'œil ent'ouvert d'une personne raisonnable, et que si les enfants sont quelquefois hostiles à notre médication, il faut ajouter qu'ils le sont aussi à l'emploi d'un traitement quelconque, et que la vue seule du chirurgien suffit souvent pour leur faire pousser des cris ; du reste, les statistiques imposantes que je citerai plus loin démontreront l'inanité de cette allégation purement hypothétique.

Non, la difficulté ne consiste pas dans l'application de la

méthode elle-même, car dans la clientèle de la ville, toute entrave, s'il en existe, disparaît aussitôt, mais bien dans la rareté des chirurgiens chargés de l'employer. Il n'est pas toujours facile de rencontrer dans les hôpitaux un interne qui puisse consacrer des heures entières à doucher les malades. C'est là que se trouve réellement la difficulté, et c'est ce qui explique aussi pourquoi un moyen aussi efficace n'est pas encore plus généralement répandu. MM. les internes, dont les moments sont précieux, ne peuvent être assujettis, on le comprend aisément, à perdre ainsi une partie de leur temps sans grand bénéfice pour leur instruction. Il serait donc à désirer qu'un aide, un frère intelligent, fût spécialement chargé, dans les hôpitaux, de donner les douches oculaires aux malades désignés dans les différents services, excepté toutefois pour les cas graves d'ophtalmie qui rentreraient alors sous la surveillance de MM. les élèves. Espérons donc, dans l'intérêt des malades, que ce desideratum sera entendu par les divers Conseils d'administration d'hôpitaux (1).

#### PROCÉDÉ OPÉRATOIRE.

La médication oculaire hydrique étant encore peu connue à Lyon, en dehors des hôpitaux, je crois qu'il est utile d'entrer dans quelques détails relatifs au procédé opératoire.

L'appareil dont nous nous sommes servi à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris, et que nous employons encore actuellement, est des plus simples. Il se compose d'un réservoir en ferblanc, de la capacité de dix litres environ ; fixé à la muraille, il se termine par un tube en caoutchouc, d'une longueur d'un mètre cinquante, de la grosseur du petit doigt, et présentant à son extrémité un orifice de deux millimètres de diamètre. L'eau, dont le jet peut être

(1) Depuis l'expression de ce desideratum, j'ai été heureux d'apprendre que dans quelques services, notamment dans celui de M. Delore, les sœurs avaient été chargées de doucher les malades.

modéré à l'aide d'un diaphragme mobile adapté au tube, s'échappe du réservoir, tombe sur les yeux, et se rend ensuite dans une cuvette qui se trouve sous une table recouverte de taffetas gommé, et sur laquelle est couché le malade. Dans les cas difficiles et chez les enfants indociles, deux aides sont quelquefois nécessaires pour assurer l'entière réussite de ces irrigations.

Le malade est étendu sur la table ; le premier aide est chargé de le maintenir et de paralyser ses mouvements ; le deuxième entr'ouvre alors les paupières avec les doigts, ou au moyen des instruments éleveurs, pendant que le chirurgien dirige d'une main le jet du liquide sur les parties enflammées, et de l'autre essuie les bords palpébraux avec des compresses fines, ou détache avec des pinces la pseudo-membrane, si son existence a pu être constatée.

Hors des hôpitaux, un simple siphon recourbé, plongeant dans un réservoir d'eau, et placé sur un meuble élevé, sera suffisant pour une personne raisonnable et intelligente qui, enveloppée d'une toile cirée, pourra elle-même s'administrer une douche.

A l'Hôtel-Dieu et à l'hospice de la Charité de Lyon, j'ai donné les douches aux malades enveloppés de toile cirée, et non couchés sur une table ; mais il faut bien convenir que cette manière de procéder, parfois incomplète, offre souvent des difficultés d'exécution chez les enfants capricieux.

Dans ma clientèle civile, j'ai plusieurs fois utilisé l'irrigateur Eguisier ; mais l'intermittence et l'irrégularité du jet sont péniblement supportées, et il sera bon de n'y recourir qu'à défaut du réservoir et du tube en caoutchouc.

*Douche externe.* — On doit toujours commencer par laisser tomber l'eau sur l'œil fermé, pour que le patient ne soit pas plus tard trop désagréablement impressionné.

J'insiste sur la nécessité de l'administration d'une bonne douche externe, car elle a un double but à remplir : le premier, de congestionner légèrement les paupières afin de diminuer l'impression du froid lorsque l'eau pénétrera brusquement dans l'intérieur de l'œil, et le second, de désagréger les cils souvent collés, et de leur enlever la sécrétion muco-purulente qu'ils emprisonnent.

Il faut avoir la précaution de faire incliner légèrement la tête afin que l'eau, en tombant exclusivement sur la paupière, puisse prévenir l'inoculation de l'œil sain, et couler ensuite le long de la joue ; car si, par une fausse manœuvre, elle venait à pénétrer dans le cou, l'oreille ou le nez, les personnes nerveuses se débattraient infailliblement et feraient perdre un temps précieux. Les enfants qui reçoivent la douche pour la première fois créent souvent, je n'en disconviens pas, des difficultés qui ne sont pas insurmontables, mais qui exigent de la part du chirurgien beaucoup de patience et de fermeté.

*Douche interne.* — Lorsque l'œil a été ainsi préparé, on entr'ouvre avec précaution les paupières, soit avec les doigts chez les malades intelligents, soit avec les élévateurs chez les nouveau-nés ou les enfants indociles, et on dirige le jet du liquide sur la surface de l'œil. L'œil disparaît aussitôt sous la douche interne qui lave avec force les moindres replis de la conjonctive oculo-palpebrale, expulse les larmes brûlantes, et prévient l'absorption des matériaux septiques. On ne saurait surveiller trop attentivement la manière dont l'eau arrive sur l'œil. Le liquide ne doit, dans aucun cas, frapper directement le globe oculaire ; j'ai remarqué que, lorsque le fait avait lieu, le malade accusait immédiatement de la douleur et cessait, par suite d'une maladresse involontaire, un traitement qui lui eût été très-utile. La douche interne doit être latérale, c'est-à-dire partir du nez pour se diriger vers la commissure externe des paupières.

Si l'indication en a été démontrée, on laisse alors tomber dans l'œil qui vient d'être douché quelques gouttes d'un collyre au sulfate de zinc dans les cas d'ophtalmie scrofuleuse ou chronique, ou d'un collyre au nitrate d'argent s'il s'agit de modifier les surfaces enflammées. Signalons, en passant, le fait que chez les nouveau-nés on se passe très-souvent de l'instillation des collyres.

*Durée, nombre et hauteur de la douche.* — La durée de l'écoulement du liquide varie habituellement entre six et dix minutes. Deux litres d'eau sont nécessaires en général pour chaque œil.

Quant au nombre des douches, il est extrêmement va-

riable et subordonné à l'intensité de la phlegmasie ; deux peuvent suffire par jour dans les cas ordinaires, tandis que huit seront quelquefois indiquées pour les vingt-quatre heures dans les maladies inflammatoires graves avec sécrétions abondantes et surtout virulentes. Dans ces conditions fâcheuses, il est de toute nécessité que l'œil soit sans cesse débarrassé des produits morbides, car si la maladie donne naissance au pus inoculable, le pus à son tour aggrave d'une façon incessante, par sa présence, les accidents inflammatoires.

Le réservoir d'eau sera placé à sept pieds seulement de hauteur, afin que le jet soit supporté sans fatigue par le globe oculaire. Le tube en caoutchouc doit être assez long (un mètre cinquante), pour être approché facilement à dix centimètres des paupières, distance désignée pour lancer la veine liquide dans l'intérieur de l'œil.

#### EFFETS LOCAUX DE LA DOUCHE.

Les phénomènes physiologiques que produit l'introduction rapide de l'eau froide dans l'œil sont appréciés par les malades suivant le degré de leur impressionnabilité. Toutefois ils peuvent se rapporter rigoureusement aux trois périodes transitoires que je vais examiner successivement :

*Sensation de froid.* — Le passage de l'eau sur le globe oculaire a été comparé par quelques personnes à un picotement ou à la présence du sable dans l'œil, et par le plus grand nombre à une sensation pénible de froid ; mais peut-on dire, ainsi qu'on l'a avancé, que la douche soit réellement douloureuse ? Non, en général ; les enfants qui erient et se débattent le plus sont souvent ceux qui sont le plus vite apaisés par la promesse d'une friandise quelconque ; mais il faut le confesser avec franchise, il existe, par exception, de jeunes femmes au tempérament chloro-hystérique, quelques malades âgés aussi qui ne supportent pas très-bien la douche. Ces personnes accusent une légère douleur, non directement sur la surface douchée, mais bien sur le front ou le sourcil ; et cette douleur, vraie, exagérée

ou simulée, empêche parfois les malades impatients de continuer la médication.

*Sensation de chaleur.* — Après ce premier temps, qui dure à peine une minute, l'œil devient rouge rapidement, et dès qu'il a pris cette coloration, une sensation de plénitude et de chaleur est éprouvée par le malade.

Dans les affections anciennes, les vaisseaux de l'œil qui sont engorgés par la stase du sang se congestionnent d'abord davantage sous l'influence de la douche froide, puis ils diminuent bientôt de volume. Cette alternative d'*augmentation* et de *retrait* finit par rendre aux tuniques des vaisseaux sanguins leur élasticité perdue. La circulation devient plus régulière, et le vaisseau reprend insensiblement son calibre normal.

*Sensation de bien-être.* — Dès que la douche a produit la réaction vasculaire, il survient une détente des symptômes inflammatoires ; la douleur cesse ainsi que le larmoiement, et le malade se trouve dans un état de bien-être.

Cette excitation réactionnelle, rapidement provoquée, est indispensable pour obtenir une prompte guérison des affections oculaires. Je la considère à juste titre comme l'auxiliaire le plus important de notre médication, puisqu'en portant temporairement le sang à la périphérie de l'œil, elle désobstrue la vascularisation pathologique, facilite la résorption des liquides récemment épanchés, et porte la vie dans un organe souvent frappé d'atonie et d'impuissance.

Cette douce sensation, qui suit immédiatement la période de réaction, se prolonge quelques heures ; puis les sécrétions irritantes reparaissent, et avec elles aussi la photophobie et l'épiphora.

Il devient alors nécessaire de recourir de nouveau à la douche pour rendre continue la sédation qu'on avait obtenue momentanément.

Dans quelques cas, rares il est vrai, d'ophtalmies accompagnées de douleurs intenses, il m'est arrivé de constater que les larmes brûlantes, mêlées aux sécrétions de l'œil, devenaient acides, et rougissaient légèrement le papier bleu de tournesol.

Après l'irrigation, le même phénomène n'avait plus lieu tant que durait le calme qu'éprouvaient les malades.

Il est essentiel de remarquer que les yeux ainsi douchés ne sont habituellement préservés des rayons lumineux, ni par des compresses, ni par des lunettes, ni par un bandeau permanent.

Aussitôt que la douche a été administrée, le malade ouvre les yeux sans difficulté et peut se promener en plein soleil sans crainte de douleur vive ; c'est une particularité du plus haut intérêt, car, jusqu'à ce jour, une des conditions premières de toute médication oculaire était de plonger dans l'obscurité l'organe affecté, et ce procédé, qui calmait provisoirement la photophobie, exagérait beaucoup la sensibilité de l'œil et augmentait ainsi la durée du traitement.

#### EFFETS PRÉVENTIFS.

Les douches oculaires, non seulement améliorent les altérations anatomiques primitives ou consécutives de la cornée, mais encore les préviennent souvent en s'opposant à l'action incessante des causes qui les produisent.

Recherchons donc comment des affusions froides peuvent conserver la transparence de la cornée au milieu d'un foyer d'inflammation ; il s'agit pour cela d'analyser leur mode d'action dans les variétés pathologiques de l'organe de la vision.

*Sécrétion purulente.* — Selon quelques médecins, l'écoulement purulent peut endommager la surface de la cornée. Ainsi, Weller et Mackensie, redoutant l'action corrosive du pus, recommandent bien de ne pas laisser séjourner ce liquide entre les paupières. D'un autre côté, MM. Sichel, Dequevauviller et d'autres praticiens distingués ne croient pas aux conséquences funestes du contact direct de la matière purulente sur la cornée. L'expérience nous a démontré que le pus de bonne nature, c'est-à-dire considéré dans les temps primitifs de sa formation, peut ne pas être nuisible ; mais qu'à une époque plus reculée il éprouve, au contact de

l'air, une espèce de décomposition et devient irritant. Par le système irrigatoire que nous proposons, la production purulente est supprimée le deuxième ou le troisième jour. MM. A. Bérard et Roberty ont prouvé, en effet, que la suppuration était renfermée dans les plus étroites limites par l'emploi suivi de l'eau froide. Quelles que soient, du reste, la nature et l'abondance de la sécrétion, l'œil étant continuellement détergé, ne se trouve plus dans des conditions fâcheuses.

*Pseudo-membranes.* — La présence d'une couche pseudo-membraneuse sur la muqueuse palpébrale privée de son épithélium est une source réelle d'inflammation. On doit d'autant plus chercher à enlever ce corps étranger que, parfois, il n'est aperçu qu'après une macération prolongée dans l'eau; or les douches seules le mettent en relief et favorisent son ablation.

*Etranglement de la cornée par compression.* — Mackenzie attribue la destruction de la cornée, dans les ophthalmies, non entièrement à une action vitale, mais en partie à une cause mécanique. Pour cet auteur, la mortification de cette membrane par infiltration de pus et par sphacèle est due à la compression exercée par la conjonctive à l'état de chémosis et à l'affaiblissement mécanique de la vitalité de la cornée qui en est la conséquence. « En effet, dit-il, on voit souvent une ulcération qui forme une gouttière circulaire autour de la cornée, dans l'endroit qui est comprimé par la conjonctive boursoufflée. » Scarpa semble, par la phrase suivante, rejeter ce mode d'altération : « Nous connaissons la grande force de la cornée par les cas de violente ophthalmie aiguë, de chémosis surtout, qui, dans un nombre assez considérable de faits, nous prouvent que la cornée conserve sa transparence malgré l'élévation en masse, au-dessus d'elle, des troncs veineux de la conjonctive extrêmement engorgés et agglomérés ensemble sur le blanc de l'œil, sans que le sang vienne forcer les limites de la cornée avec la sclérotique.... » L'opinion de l'auteur anglais compte cependant des partisans, lesquels, pour empêcher la gangrène par étranglement, excisent le chémosis, ou font une cautérisation péricornéale.



Nous n'avons nullement besoin de recourir à des moyens aussi énergiques puisque les symptômes inflammatoires sont rapidement jugulés par l'abaissement de température et l'action détersive de l'eau.

*Granulations.* — On a avancé, avec beaucoup de raison, que, quand une ophthalmie tendait à la chronicité, elle était perpétuée par des granulations ayant ordinairement leur siège sur la muqueuse palpébrale. Ces petites éminences, dues à l'hypertrophie de la couche papillaire de la conjonctive, sont de différentes grosseurs et de formes variables, suivant l'intensité et l'ancienneté de la maladie. Plus elles sont volumineuses et nombreuses, plus l'ophthalmie est virulente et contagieuse.

Cela s'explique par la stase du pus entre ces mamelons qui forment autant de petits foyers d'infection; il importe beaucoup, si l'on ne veut voir survenir dans les fonctions visuelles des troubles profonds actuels ou consécutifs, de nettoyer, à l'aide de fortes douches, la conjonctive palpébrale, pour arrêter ensuite avec plus de certitude le développement de ces corps au moyen des collyres astringents, ou des cautérisations avec le sulfate de cuivre.

*Position vicieuse des cils.* — L'état des cils est un point sur lequel on ne saurait trop revenir, car il peut devenir une cause d'entretien et d'aggravation du mal. En effet, presque toujours ils sont enduits d'une matière mucosopurulente qui, en se desséchant, les agglutine et les réunit en pinceaux triangulaires. Pour peu qu'ils soient déviés de leur situation normale et renversés en dedans par les contractions spasmodiques des paupières, ils agissent sur la muqueuse oculaire à la manière de corps rugueux. Ce trichiasis accidentel amène habituellement l'ophthalmie variqueuse, l'obscurcissement nébuleux, l'ulcération de la cornée, etc. Nous avons acquis la conviction que le jet des seringues était tout à fait impuissant devant des obstacles aussi difficiles à vaincre. Ce n'est qu'après un lavage d'une longue durée que les cils peuvent être débarrassés des écailles qui sont emprisonnées dans leurs interstices.

*Extension de la phlegmasie conjonctivale.* — L'opinion la plus répandue consiste à croire que la cause première

de tout désordre de la cornée est la marche progressive de l'inflammation. Les autres causes citées, comme la présence du pus, l'existence des granulations, la position vicieuse des cils encroûtés, etc., ne sont que les moyens par lesquels l'inflammation augmente d'intensité et se propage de la conjonctive à la cornée. Celle-ci, une fois atteinte, est plus ou moins attaquée dans sa texture selon les prédispositions idiosyncrasiques des malades.

Si l'on accepte cette explication fondée sur l'analyse et le raisonnement, on doit comprendre toute la valeur des affusions froides qui, souvent répétées au début de la maladie, en étouffent et détruisent l'élément inflammatoire en qualité d'agents anti-phlogistiques.

Ces différents passages de ma première brochure, que M. Chassaignac m'a fait l'honneur de reproduire *in extenso* dans ses écrits donnent, je crois, une interprétation exacte du mode d'action de la douche oculaire dans les divers cas où elle est administrée.

#### EFFETS GÉNÉRAUX.

Si les effets généraux de la douche oculaire sont peu marqués ou nuls sur la constitution des jeunes gens et des personnes avancées en âge, il en est tout autrement des nouveau-nés atteints d'ophtalmie purulente. Il semble au premier abord que ces petits êtres soumis à l'action de l'eau froide doivent être pris souvent de bronchites, de coryza et même de pneumonie. Aucune complication de ce genre n'a cependant été notée; bien au contraire, leur constitution subit l'influence la plus heureuse depuis ces lavages fréquents. L'explication de ces modifications est facile à donner.

La douleur, conséquence de l'ophtalmie, augmente d'intensité à mesure que les altérations de texture de l'œil deviennent plus profondes. Avec la douleur continue, bientôt la fièvre s'allume; d'autre part se fait sentir l'infection miasmatique causée par le séjour prolongé de la matière purulente sur les yeux et le nez; ajoutez aussi une longue

station à l'hôpital, où il y a souvent encombrement de malades. Du concours simultané de ces diverses causes, il résulte que ces enfants perdent d'abord le sommeil et l'appétit, et que souvent la vie s'éteint chez des êtres chétifs dont la constitution est déjà ébranlée par les antécédents déplorables du père ou de la mère.

Ce triste tableau ne saurait être taxé d'exagération. La mortalité des enfants trouvés atteints d'ophthalmie, a été énorme jusqu'au moment où la douche oculaire a été expérimentée et préconisée. Pour conduire le lecteur à une entière conviction, il me suffira de lui faire part d'un document important que j'ai sous la main. Je veux parler de la statistique des enfants-trouvés de Paris, entrés et traités dans la salle des ophthalmies depuis 1836 jusqu'à l'année 1842; il n'est pas possible de la récuser, car je l'ai copiée moi-même pendant mon internat, sur le registre que je puis nommer, à bon droit, le livre noir de l'hospice des Enfants-Trouvés.

## HOSPICE DES ENFANTS-TROUVÉS DE PARIS.

### INFIRMERIE DES OPHTHALMIES.

| Années. | Enfants entrés. | Morts. | 1 an à 13 ans. | Sortis. |
|---------|-----------------|--------|----------------|---------|
| 1836    | 281             | 228    | 2              | —       |
| 1837    | 310             | 268    | 6              | —       |
| 1838    | 471             | 437    | 4              | —       |
| 1839    | 231             | 182    | 30             | —       |
| 1840    | 233             | 188    | 37             | —       |
| 1841    | 241             | 142    | 27             | —       |
| 1842    | 342             | 148    | 101            | —       |
| Total.. | 1814            | 1293   | 207            | 518     |

Sur les 518 enfants trouvés, sortis de l'infirmerie, guéris ou améliorés, 207 avait atteint l'âge de 1 à 13 ans. Tout en tenant compte de ceux qui ont été emportés par des maladies intercurrentes, on peut dire que la mortalité a été environ de 80 pour cent pour les enfants au-dessous d'un an.

Ainsi qu'il est douloureux de le constater, le résultat de chaque année était d'une fatalité désespérante. En supposant même qu'il y ait eu de temps à autre des séries d'ophtalmies de nature épidémique, comment expliquer la persistance de pareils insuccès pendant une période de sept années !

Loin de moi la pensée d'accuser de négligence les personnes auxquelles est habituellement confié le sort de ces orphelins. J'ai toujours professé une trop profonde estime pour le dévouement de nos sœurs hospitalières, pour que l'on puisse trouver dans ces lignes l'expression du moindre blâme à leur égard. C'est dans l'ensemble des circonstances fâcheuses que j'ai indiquées plus haut, et surtout dans l'imperfection des moyens thérapeutiques mis en usage qu'il faut chercher la cause de ces décès si multipliés ; et ce qui vient corroborer cette opinion, c'est que pendant l'année que nous avons pu modifier le traitement des ophtalmies, la mortalité a été en décroissant dans le même service. Je regrette infiniment de n'avoir pu me procurer le chiffre exact des enfants entrés à l'infirmerie par suite d'ophtalmies, depuis l'installation de notre système irrigatoire, mais ce que je puis assurer, c'est que la proportion des décès n'a plus été environ que de un sur sept.

Je crois instructif de mentionner une particularité qui doit trouver ici sa place, et sur laquelle j'ai déjà appelé en 1847 l'attention des praticiens. Elle a trait à l'inanition prolongée devenant une cause réelle d'aggravation des maladies de la cornée, et principalement d'augmentation de la mortalité chez les nouveau-nés. C'était alors un point peu connu, ou du moins sur lequel on insistait peu. Des mémoires remarquables ont depuis été publiés sur ce sujet, et ont démontré combien mes appréhensions étaient fondées.

Les expériences de M. Magendie démontrent, en effet, que les chiens soumis à une inanition prolongée, ou auxquels on donne pour toute alimentation du sucre raffiné et de l'eau, la cornée ne tarde pas à se ramollir, et à présenter de véritables ulcérations perforantes. M. Velpeau, dans un article du Dictionnaire de médecine en 30, raconte qu'il a vu survenir cinq fois ces ulcérations de la cornée chez des

militaires épuisés par une abstinence complète, suivie de nombreuses applications de sangsues. Pendant l'épidémie de choléra de 1832, M. Mackensie a constaté sur des sujets débilités plusieurs cas d'ulcération perforante de la cornée sans inflammation préalable bien marquée. Il a observé également qu'un état semblable de la cornée, avec anesthésie de l'œil, peut être quelquefois produit par une maladie de la cinquième paire (1). Ce travail de destruction de la cornée, parfaitement étudié par M. Hubsch, de Constantinople, se fait lentement, progressivement, sans rougeur de l'œil, sans épaissement de la membrane, presque sans symptôme inflammatoire. Le médecin que je viens de citer parle de treize faits de ce genre observés par lui en 18 mois à l'hôpital de Gulhané (2) sur des sujets entièrement détériorés par des maladies graves, ayant nécessité pendant longtemps un régime sévère. M. le docteur Fournier rapporte, dans un mémoire très-bien écrit (3), deux observations d'ulcérations atoniques de la cornée observées dans le service de M. Chassaignac, à l'hôpital de Lariboisière, et qui prouvent, entre autres choses, combien les douches froides associées à une médication interne reconstituante, ont produit des résultats satisfaisants dans ces cas de maladie de la cornée par débilité.

Si l'inanition prolongée est une cause si puissante d'altération de la cornée chez l'adulte, quels ravages ne doit-elle pas produire chez des nouveau-nés abandonnés aux nourrices salariées par les hôpitaux. Ceux qui sont atteints de muguet par exemple, sont souvent négligés par les nourrices qui craignent, dans leur ignorance et leurs préjugés, de donner le sein à des enfants qu'elles considèrent comme devant fatalement succomber. Chez ces petits êtres insuffi-

(1) Mackensie. — *Traité pratique des maladies des yeux.* — Section III. — *Ulcères de la cornée.*

(2) *Du ramollissement de la cornée qui survient dans les maladies consomptives*, par le docteur Hubsch, de Constantinople, 1850. — *Annales d'oculistiques.*

(3) A. Fournier. — *Etude clinique sur les douches oculaires appliquées au traitement de phlegmasie de l'œil.* 1857.

samment nourris, les yeux deviennent facilement malades, et la diarrhée survient. Des ulcérations atoniques apparaissent alors sur la cornée; plus l'état du malade s'aggrave, plus aussi la nourrice éprouve de la répugnance à fournir son lait. Qu'arrive-t-il alors? il est trop facile de le prévoir, un dépérissement considérable et la mort. Ces dénouements qui ont dû augmenter de beaucoup le chiffre de la mortalité dans la statistique que j'ai citée, sont malheureusement trop fréquents dans les divers hôpitaux d'enfants trouvés, où le nombre des femmes chargées de l'allaitement est la plupart du temps trop restreint.

#### LIQUIDES EMPLOYÉS.

L'eau de fontaine à la température ordinaire est le liquide que nous avons expérimenté, M. Chassaignac et moi, en 1847, à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris. Aujourd'hui encore, j'en fais un usage très-suivi; plus tard, en 1857, M. Chassaignac, après avoir essayé tantôt les douches d'eau froide, tantôt les applications glacées sous l'orbite, a fait pour le traitement des phlegmasies de l'œil, une association des douches et de la glace à laquelle il a donné le nom de *médication mixte*.

M. le docteur Fournier, dans le travail déjà indiqué, a relaté de nombreuses observations fort intéressantes qui viennent à l'appui de cette méthode. Je ne doute nullement qu'elle ne donne d'excellents résultats toutes les fois que le chirurgien chargé de l'appliquer sera prudent et habile comme M. Chassaignac ou M. Fournier. Mais je crois que loin de chercher à la généraliser, on doit au contraire la limiter dans son emploi, à cause des accidents inflammatoires graves qui pourraient survenir entre des mains inexpérimentées.

M. Alois-Bednar, chirurgien de l'hôpital de Vienne, s'est beaucoup applaudi des effets de l'eau chaude pour l'administration des douches oculaires. L'eau chaude agit mieux, en effet, que l'eau froide en tant que lavage; elle dissout plus rapidement les concrétions purulentes, mais si elle

peut suffire dans beaucoup de cas, chez les enfants et les nouveau-nés, surtout atteints de conjonctivite ou d'ophtalmie muco-purulente, la réaction ne vaut plus, chez les malades plus âgés, celle produite par l'abaissement de température de l'eau. Les effets physiologiques locaux ne sont plus ni assez prompts, ni assez puissants, pour triompher de l'inflammation. Plusieurs fois j'ai été forcé d'avoir recours à l'eau chaude dans certains cas exceptionnels ou la sensation de l'eau froide provoquait sur l'œil quelques phénomènes exagérés d'innervation. La tolérance de la douche tiède devenait, il est vrai, parfaite ; mais les conditions pathologiques de l'œil n'étaient modifiées que très-lentement.

Dans le but d'obtenir une réaction plus vive, tout en tirant parti de la thermalité de l'eau, j'ai tenté, en 1854 et 1855, mais surtout depuis 1858, de remplacer, toutes les fois que j'en ai eu l'occasion, l'eau simple par un liquide additionné d'un principe médicamenteux. Ainsi j'ai employé alternativement l'eau chaude chargée de sulfate de zinc, dans la proportion de deux à quatre grammes pour mille grammes d'eau, et l'eau chargée de nitrate d'argent (de un à trois grammes pour mille grammes d'eau).

Ces premiers essais n'ont pas toujours, je dois l'avouer, répondu à mon attente. Tantôt les réactions étaient trop vives, et il fallait cesser plusieurs jours de suite l'emploi de la douche, interruption toujours fâcheuse ; tantôt le malade accusait une douleur sus-orbitaire assez forte. J'ai donc dû abandonner, après une expérimentation souvent répétée, les douches avec l'eau de sulfate de zinc et de nitrate d'argent, solutions qui, du reste, devenaient trop coûteuses. Le chlorure de sodium, à raison de son prix peu élevé et de ses réactions vasculaires faciles, a fixé plus sérieusement mon attention ; j'ai été à même de l'utiliser un grand nombre de fois avec succès chez des enfants scrofuleux (1). Comme la réaction est très-rapide, la douche doit être d'une durée moindre que dans les cas ordinaires ; un

(1) Les douches avec de l'eau de mer pourraient être utilisées avec succès dans tous les cas où l'eau chlorurée sodique est indiquée.

litre et quelquefois même un demi-litre du liquide médicamenteux suffit pour une séance d'irrigation ; mais en présence des malaises, bien supportables cependant, que les malades éprouvaient encore en recevant dans l'œil l'eau tiède chlorurée sodique, j'ai poursuivi mes investigations, et je me suis demandé si les eaux minérales naturelles n'obviendraient pas au spasme organique qui accompagne la douche.

Guidé par l'analogie, éclairé plus tard par l'expérience, j'ai reconnu que chaque eau minérale naturelle trouvait, comme pour les affections de la peau et des muqueuses, son indication spéciale pour la guérison des maladies des yeux. Ainsi les eaux alcalines m'ont fourni des cures remarquables dans les conjonctivites rebelles, douloureuses et existantes chez des sujets à tempérament sanguin ; elles sont d'autant plus indiquées dans l'espèce que les larmes sont souvent brûlantes et acides. Les douches avec les eaux sulfureuses ou iodurées ont produit une excitation et une réaction très-favorables dans les cas d'ophtalmie chronique et surtout scrofuleuse.

Cette innovation sur laquelle j'appelle l'attention des praticiens, agrandit le champ de la thérapeutique oculaire. Je comprends parfaitement que cette douche hydro-minérale doit occasionner, si elle est donnée à domicile, des dépenses trop considérables pour en espérer un emploi général ; mais aussi de quelle ressource ne sera-t-elle pas pour les malades qui auront la faculté de se rendre aux stations thermales où les eaux abondent !

Dans quelques établissements thermaux on utilisait déjà l'eau minérale pour la médication oculaire, mais en simples lotions, toujours dans un but de lavage et nullement en douches *méthodiquement* administrées d'après les données et les indications thérapeutiques que nous avons formulées.

Dans ces derniers temps on a souvent essayé de doucher les yeux avec de l'eau minérale pulvérisée ; mais si ce procédé nouveau peut rendre quelques services dans les cas simples de phlegmasie oculaire, il devient complètement insuffisant pour produire dans les cas graves les effets réactionnels qu'il est important d'obtenir.



Ce sont les eaux d'Uriage, de Challes, de Vichy, d'Evian et, en dernier lieu, de Sail-les-Bains, que j'ai eu à ma disposition pour établir l'action spécifique de la douche hydro-minérale. A cet effet, j'ai recueilli une série d'observations que je vais rapporter parce qu'elles me paraissent dignes d'être connues.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES DE LYON.

---

### SOCIÉTÉ IMPÉRIALE DE MÉDECINE.

PRÉSIDENTE DE M. GUBIAN.

---

#### *Résection du genou. — Discussion sur la fièvre puerpérale.*

*Séance du 1<sup>er</sup> mai. — Résection du genou.* — M. GAYET montre un homme chez lequel il a réséqué le genou l'année dernière avec succès. Ce sujet, âgé de 30 ans environ, avait été atteint, il y a trois ans, d'une arthrite chronique du genou. Cette maladie s'était insensiblement aggravée, si bien que le 2 juillet 1863, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, son genou était gonflé et le reste du membre avait subi un amaigrissement notable. M. Gayet entreprit sans résultat un traitement général, il éteignit 25 boutons de feu sur ce genou, la maladie continua néanmoins à marcher, et des abcès se développèrent au niveau des condyles. Devant l'inutilité du traitement et les progrès de la maladie il devenait urgent de changer de manière de faire : on se décida en faveur de la résection. Cette opération fut pratiquée le 19 janvier 1864 par la méthode de Syme. Les suites ont été graves de plusieurs manières : une suppuration excessivement abondante a été le premier danger; puis sont survenues des fusées purulentes; deux mois après un éry-

sipèle phlegmoneux s'est manifesté, si bien que la soudure des deux bouts de l'os était encore incomplète au bout de trois mois. Six mois après l'opération, on a envoyé le malade chez lui, à la campagne, pour y respirer un air plus pur ; à ce moment il portait encore douze fistules. Le séjour hors de l'hôpital lui a été favorable, il est revenu aujourd'hui n'ayant plus que trois fistules ; et malgré un raccourcissement de huit centimètres, il a pu faire trois ou quatre kilomètres à pied. La guérison semble donc assurée. Après avoir exposé l'histoire de son malade, M. Gayet ajoute quelques réflexions.

Cette opération, dit-il, a réussi parce que ce malade était dans les conditions nécessaires pour la tenter. En effet, pour toute résection du genou, il faut que les os ne soient pas trop malades, parce qu'on ne peut en enlever qu'une certaine étendue ; il faut aussi que les parties molles soient saines pour que les vaisseaux qui les traversent communiquent librement avec les parties situées au-dessous de la partie réséquée. De là découle cette conséquence qu'à l'exemple des chirurgiens anglais il faut opérer de bonne heure. Cette réflexion s'applique surtout à la pratique hospitalière, où on a à traiter exclusivement des malades pauvres. Ces sortes de malades étant dans l'impossibilité de faire traiter leurs affections articulaires aussi longtemps qu'il le faudrait, les voient s'aggraver rapidement.

— M. OLLIER adhère complètement aux opinions émises par M. Gayet. Il est convaincu que si les opérations de résection n'ont pas réussi aussi bien en France qu'en Angleterre, cela tient à deux causes. La première est celle qui a été signalée par M. Gayet : on opère trop tard. La seconde, c'est que les hôpitaux anglais, étant beaucoup plus petits, sont dans de meilleures conditions que les nôtres. Plusieurs autres causes secondaires peuvent encore être invoquées pour expliquer cette statistique si favorable : si nous opérons trop tard, les Anglais, en revanche, opèrent trop tôt. Leurs opérations ont lieu habituellement chez les enfants ; or, les chirurgiens de la Charité savent qu'à cet

À cet âge les dangers sont infiniment moindres, seulement on a à craindre alors un arrêt de développement dans l'os et par suite des raccourcissements énormes. C'est entre 15 et 40 ans que les résections sont appelées à donner les meilleurs résultats. Plus tard elles offrent trop de dangers.

Il importe de s'abstenir si la lésion dépasse sept centimètres. Dans ces cas l'amputation est préférable. Enfin, dans ces opérations dont les suites sont toujours longues, il est important que le malade puisse aller passer quelque temps à la campagne.

— M. DESGRANGES croit que le malade de M. Gayet était incontestablement dans toutes les conditions désirables pour subir l'opération à laquelle on l'a soumis ; mais ces cas sont très-rares, parce que le mal remonte habituellement trop haut ou descend trop bas. Les Anglais ne peuvent nous servir de guides parce qu'ils résèquent avec des lésions pour lesquelles aucun chirurgien français ne voudrait le faire ; ainsi on a vu des malades se rendre de leur lit à la salle d'opération avec une simple canne. Les chirurgiens anglais ne connaissent pas le traitement des maladies articulaires ; tout se borne chez eux à des vésicatoires locaux et à des frictions iodées. Cela tient à la division du corps médical de ce pays en chirurgiens et médecins ; chacun de ces praticiens restant exclusivement dans sa spécialité, connaît à peine les ressources que l'autre pourrait lui fournir. Il y a bien des praticiens mixtes, mais ils sont peu considérés ; aussi, pour être juste, ce ne sont pas les cas de résection pratiqués chez les deux peuples qu'il faudrait comparer, mais bien la thérapeutique tout entière des maladies articulaires. Il lui semble que les hôpitaux anglais ont été surfaits. Une aération *impitoyable* donne peut-être des résultats avantageux chez quelques opérés, mais on ne compte pas les malades qui succombent à des fluxions de poitrine par suite de cette hygiène tant vantée.

— M. BOUCHACOURT dit que M. Ollier a eu raison de parler de l'innocuité des opérations chez les enfants ; chez

eux, les arthrites suppurées sont rares; le traumatisme est, en général, bénin; la phlébite et la fièvre purulente sont presque inconnues.

— M. OLLIER soutient que les statistiques anglaises sont bien faites, attendu qu'elles sont confiées à des médecins; au lieu qu'en France elles existent à peine.

— M. DESGRANGES cite, comme exemple du vice de ces statistiques, le travail de MM. Blondel et Serres; d'après eux la statistique des femmes en couches de l'hôpital de Guy est très-supérieure à celle de nos hôpitaux. Or, cette maison ne reçoit pas de femmes en couches. Les chirurgiens qui y sont attachés vont pratiquer des accouchements à domicile; or, les résultats des accouchements en ville sont, comme on sait, bien meilleurs que ceux des maisons d'accouchements.

— M. OLLIER pense que l'erreur a été commise par les auteurs français seulement.

— M. DESGRANGES croit que c'est d'après les documents anglais qu'on a conclu de cette manière.

*Discussion sur la fièvre puerpérale.* — M. BERNE, qui était absent à la dernière séance, dit qu'il ne croit pas à la contagion de la fièvre puerpérale dans les trois ou quatre épidémies qui ont eu lieu à Lyon depuis qu'il est chirurgien en chef de la Charité, parce que la maladie a toujours cessé par le simple démembrement, quoique le personnel et les objets au service des malades restassent les mêmes. Il pense, comme tout le monde, que l'hospice est insuffisant; mais on a déjà fait beaucoup et le progrès ne peut se réaliser que lentement. Quant aux cas qui ont eu lieu dans la ville, sur 14 accouchements qu'il a pratiqués du mois de décembre au mois d'avril, un seul, celui connu de tout le monde, a été suivi de fièvre puerpérale. Cependant M. Berne a compté douze cas de ce genre en ville, dont les accoucheurs n'ont eu aucune communication avec l'hospice de la Charité. Rien n'est donc moins prouvé que la contagion. Si on examine profondément cette question, on voit que rien n'est aussi difficile à établir. Ainsi on cite deux cas de contagion dus à M. Depaul; mais cet accoucheur

sortant de faire une autopsie, après s'être lavé les mains comme on le fait dans un amphithéâtre, sans avoir changé d'habits, n'a-t-il pas pu communiquer une infection putride et une fièvre puerpérale ? D'une autre part, M. Dubois raconte qu'après avoir perdu une malade de fièvre puerpérale, il refusa d'assister trois femmes, lesquelles moururent de cette maladie entre les mains de confrères qui n'avaient pas abordé les lieux où cette maladie était en règne. Si M. Dubois ne s'était tenu à l'écart, on l'aurait sans doute accusé d'avoir transporté cette fièvre. Ainsi, dit M. Berne, sans nier la contagion, il ne faut l'admettre qu'après l'examen le plus attentif.

— M. DIDAY trouve que les cas que vient de citer M. Berne peuvent recevoir une interprétation différente de celle que leur donne ce médecin, et il demande une discussion approfondie sur ce sujet.

Après quelques observations, la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

*Séance du 15 mai. — Continuation de la discussion sur la fièvre puerpérale.* — M. DIDAY déclare qu'il est disposé à croire à la contagion de la fièvre puerpérale malgré les arguments de M. Berne, qui ne lui semblent pas convaincants. Un des principaux arguments de M. Berne a été qu'il a suffi de disséminer les malades pour faire cesser la maladie ; mais c'est ce qu'on voit pour toutes les épidémies des maladies contagieuses, la variole notamment. Dans ces cas, l'encombrement facilite la contagion. C'est ce qu'on a vu dans l'épidémie de Russie : elle a frappé surtout les classes ouvrières qui vivent accumulées dans des logements insalubres. Les deux faits de M. Depaul, quelle que soit la manière dont on les interprète, sont évidemment en faveur de la contagion. Pour le fait de M. Dubois, il ne prouve qu'une chose, c'est que ce médecin craint au moins la contagion.

On connaît encore d'autres cas de contagion ; ainsi M. Grisard, après une application de forceps qui déterminait une fièvre puerpérale chez une de ses malades, en vit survenir seize en deux mois et demi dans sa clientèle, sur les-

quels il y eut onze morts. Il cessa la pratique pendant quelque temps, les fièvres puerpérales disparurent. Vingt ans après, le même médecin en vit survenir encore neuf dans sa clientèle. Il cessa de nouveau la pratique des accouchements et les fièvres puerpérales disparurent aussi dans sa localité. Le *British medical Journal*, de Londres, 6 mai 1865, raconte plusieurs faits semblables, entre autres celui d'un médecin de Leith qui communiqua la fièvre puerpérale à trois femmes en couches pour avoir examiné les ovaires d'une femme morte en couches. Un autre, après avoir perdu plusieurs malades, fit cesser cette épidémie en changeant d'habits et en usant de chlorure de chaux. Elle reparut, parce qu'il se servit d'une paire de gants qu'il avait portés précédemment. Enfin, un troisième, après quelques accidents de ce genre, s'abstint tout un mois de faire des accouchements. Vaine précaution, la fièvre puerpérale reparut dès qu'il recommença. En outre, les médecins ne sont pas seuls susceptibles de transmettre la contagion. M. Diday croit savoir que, dans la dernière épidémie de Lyon, la même garde-malade a donné des soins à plusieurs malades. On pourrait donc dire qu'elle a servi de véhicule à la contagion.

— M. BERNE soutient que les cas de M. Depaul sont des cas de résorption purulente, maladie qui n'est pas contagieuse. Quant aux autres faits invoqués par M. Diday, ils ne peuvent avoir de valeur tant qu'ils n'auront pas été soumis à une analyse rigoureuse. Pour lui, depuis dix ans qu'il est chirurgien en chef de la Charité, il a vu plusieurs épidémies dans l'hospice et il n'a rencontré que trois cas de fièvre puerpérale dans sa clientèle ; par conséquent il n'a jamais porté l'infection.

— M. SAINT-CYR voudrait voir la discussion s'élever plus haut, il voudrait qu'on s'enquît de la nature de la fièvre puerpérale. Est-ce une métropéritonite ou bien une maladie spécifique ? Dans ce dernier cas, il inclinerait à croire à la contagion ; il ne faut pas dédaigner ces praticiens isolés qui font leurs observations avec conscience ; pour la morve, par exemple, ce sont les vétérinaires qui n'appartenaient pas aux écoles qui en soutenaient la contagion,

pendant que les professeurs les plus autorisés de Paris la niaient énergiquement. Cependant les expériences de l'Ecole de Lyon ont mis ce fait hors de doute.

— M. BERNE tient à se renfermer dans les limites de sa communication ; il n'a pas voulu discuter la question générale de la fièvre puerpérale, il a parlé seulement de la dernière épidémie ; pour lui il n'y a pas eu contagion. Il croit même que la fièvre puerpérale ne peut passer en aucun cas pour une maladie spécifique ; c'est une simple résorption purulente.

— M. VALETTE, sans être aussi affirmatif, incline vers cette dernière manière de voir ; il en donne pour preuve que les maladies des blessés coïncident avec les épidémies de fièvre puerpérale. Cette année, en particulier, les opérés dans les hôpitaux ont été sujets à des érysipèles, des résorptions purulentes, etc. On trouve dans les annales des hôpitaux des faits semblables. Toutes les observations de contagion ont été discutées, et elles ont toutes été plus ou moins infirmées. Ainsi la spécificité et la contagion sont au moins très-hypothétiques.

— M. DIDAY fait observer que les médecins des hôpitaux ne sont pas seuls susceptibles de transporter l'infection, que les praticiens de la ville y doivent être également aptes lorsqu'ils ont donné des soins à une première malade.

---

## REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

---

**Des indications de l'emploi du calomel dans le traitement de la dyssenterie**, par G. PÉCHOLIER, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier. — Ce travail n'est pas exclusivement clinique ; il est aussi expérimental. En voici les conclusions résumées :

1° La dyssenterie n'est pas constamment de même nature ; son traitement *légitime* doit donc varier.

2° Le plus souvent elle réclame exclusivement l'emploi des évacuants.

3° et 4° Mais d'autres fois, il y a un degré d'éréthisme sanguin et d'irritation gastro-intestinale tel que la médication évacuante est contre-indiquée.

5° L'action sédative du calomel, action démontrée par des expériences faites sur les animaux, fait de ce sel le remède approprié à semblable forme de dysenterie.

6° « L'expérience clinique est venue vérifier cette hypothèse. Sous l'influence du calomel, après une légère recrudescence des symptômes, laquelle a même souvent manqué, nous avons promptement noté : la diminution des coliques et du ténésme, la moindre fréquence des selles, la substitution des selles diarrhéiques verdâtres aux selles dyssentériques, la disparition prompte de ces selles diarrhéiques elles-mêmes, le retour de l'appétit et le fonctionnement normal de l'intestin, la cessation prompte de la fièvre, de la chaleur et de la soif, enfin une prompte et durable convalescence. »

7° Une participation légère du foie à la maladie est une indication de la médication.

8° « La stomatite a été le seul inconvénient observé ; mais cet inconvénient, qui en somme s'est toujours montré assez léger, n'a point été sans trouver une compensation plus ou moins grande dans la révulsion qu'il a déterminée par rapport à la fluxion localisée sur le tube intestinal. »

9° Suivant les circonstances, le calomel doit être associé aux antiphlogistiques, à l'opium.

10° S'il y a indication des évacuants, c'est le calomel qui doit être préféré, vu sa double action purgative et sédative.

11° Le calomel n'a aucun avantage bien marqué dans la dysenterie chronique.

12° Le mode d'administration conseillé par l'auteur est le suivant : un gramme de calomel en six paquets ; un paquet toutes les trois heures ; répéter la même dose le lendemain de la même manière.

13° Le calomel est contre-indiqué dans la dysenterie vraiment inflammatoire, du moins au début de celle-ci, ainsi que dans celle où l'éréthisme nerveux prédomine. Dans



la dysenterie simple, il ne vaut pas les autres évacuants, qui agissent plus rapidement, plus complètement et plus sûrement, et qui n'ont pas, en outre, l'inconvénient de produire la stomatite.

Telles sont les conclusions de ce travail ; elles en donnent une idée assez complète. M. Pécholier a voulu surtout mettre en relief deux points : l'action sédative du calomel d'une part ; de l'autre, pour certaines formes de dysenterie, la contre-indication de la médication évacuante ; et certainement, la partie originale de son travail est celle où il cherche à établir, par des expériences sur les animaux, cette action directement sédative.

Mais, en outre de cette action sédative, le calomel, pour M. Pécholier, en présente une autre très-importante : c'est son action cholagogue. Il fait jouer à cette dernière un rôle capital, vu l'importance qu'a souvent l'élément bilieux dans la dysenterie. Cette vertu cholagogue du calomel est prouvée par la nature des selles, dont la coloration noirâtre est, pour l'auteur, bien plus le fait de la présence de la bile que de celle d'un sulfure de mercure.

Il est un fait assez remarquable, qui ressort des expériences de M. Pécholier sur les animaux, c'est celui de la non-action du calomel sur le gros intestin ; l'auteur en conclut que, comme purgatif, il agit surtout en dérivant la fluxion du gros intestin sur le petit intestin ; que l'on ne peut donc faire de lui un agent de substitution. Mais ce dernier point ne nous paraît pas parfaitement établi ; car, si l'on ne peut faire du calomel un agent de *substitution*, en se plaçant au point de vue de l'auteur, l'on peut admettre qu'il agit comme *modificateur local*. Nous ne voulons pas aborder ici la grande question de la théorie thérapeutique qui occupe une si grande place dans le livre de MM. Trousseau et Pidoux ; cette théorie nous paraît édifiée sur des bases peu solides ; mais nous nous bornerons à dire ici que tous les agents dits de *substitution* ne sont pour nous, *en attendant mieux*, que des agents *modificateurs*. Nous disons *en attendant mieux*, parce que si nous faisons des réserves sur la théorie, l'interprétation du fait, nous ne pouvons en faire sur le fait lui-même. Nous affirmons la *modification*, mais

nous doutons de la *substitution*. Je passe le crayon de nitrate d'argent sur un ulcère ; je substitue, c'est possible ; je modifie, c'est certain. Mais pour en revenir au calomel dans la dysenterie, ne doit-on pas se demander si l'effet heureux qu'il produit ne serait pas simplement le résultat d'une action locale, d'une action de présence ?

Avoir prouvé que le calomel ne fluxionne pas le gros intestin, qu'il n'est pas un purgatif du gros intestin, ce n'est donc pas avoir démontré que le calomel n'a pas pu agir comme modificateur direct de la lésion intestinale dysentérique. Contre pareille interprétation des faits, l'on pourrait invoquer la petite quantité de l'agent modificateur administré ; cependant ici la dose est encore loin d'être infinitésimale. Nous soumettons ces réflexions à M. Pécholier.

En terminant, nous lui avouons que notre confiance en l'opium est beaucoup plus grande que la sienne, et que nous le croyons indiqué soit seul, soit uni aux évacuants, même dans les dysenteries où l'éréthisme nerveux est peu prononcé ; nous ne saurions admettre avec lui que l'opium ne fit ici qu'exciter l'intestin, et nous en ferions bien plutôt le médicament antiphlogistique par excellence.

Ce travail très-remarquable de M. Pécholier renferme également un historique de la question, historique très-omplet et présenté aussi clairement que possible.

H. SOULIER.

**Hématurie intermittente.** — Le docteur Harley, dans l'une des dernières séances de la Société médico-chirurgicale de Londres, rapportait l'observation intéressante de deux cas d'hématurie intermittente, offrant cette particularité que l'urine rendue à une certaine heure de la journée était rouge chocolat ou même pourpre, tandis qu'aux autres moments elle avait sa coloration normale. L'un des malades était un médecin qui avait vécu dans les pays chauds où il avait contracté la fièvre intermittente ; l'autre était un habitant de Londres, qui n'avait jamais subi l'influence paludéenne, mais qui rendait une urine sanguinolente toutes les fois qu'il s'exposait au froid ; tous deux présentaient quelques symptômes de dérangement hépatique.

Si le médecin n'eût examiné, chez ces deux malades, que l'urine du matin, il n'eût jamais pu soupçonner l'existence d'une affection urinaire ; dans l'après-midi, au contraire, la coloration foncée des urines devait lui faire porter un pronostic grave.

Cette variation dans l'excrétion urinaire tiendrait évidemment, suivant M. Harley, à une congestion intense, mais transitoire, des organes chylopoïétiques.

Le docteur Harley donne ensuite quelques caractères différentiels entre l'hématurie ordinaire et celle qui fait l'objet de sa communication.

Dans la première, l'urine n'est pas seulement coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, mais elle contient, en outre, beaucoup de globules rouges du sang qui, par le repos, tombent au fond du vase, et elle devient alors transparente.

Dans l'hématurie intermittente, l'urine est également bien coagulable par la chaleur et l'acide nitrique, mais elle ne renferme que peu ou pas de globules sanguins, et sa coloration reste toujours rouge ; enfin, on y découvre de nombreux moulages urinaires qui sont granuleux, et la proportion de l'urée a notablement augmenté.

Les mercuriaux et la quinine paraissent agir rapidement contre cette forme d'hématurie, alors que l'on voit échouer tous les médicaments habituellement mis en usage dans les cas d'hématurie ordinaire. — *Gazette des hôpitaux*, 17 juin 1863.

---

## BULLETIN

---

### I. ACADÉMIE DES SCIENCES.

- De l'emploi du galazyme dans les maladies de poitrine. —*
- De l'action électrique des eaux minérales sulfureuses. —*
- Recherches sur un alcaloïde extrait de la fève de Calabar. —*
- Traitement curatif de la phthisie pulmonaire.*

*Séances du 15 mai au 14 juin. — Traitement efficace par le galazyme des affections catarrhales, de la phthisie et des consommations, en général*, par M. Schnepf. — Le galazyme, ou lait en voie de se transformer par la fermentation, est une boisson légèrement acidulée, gazeuse et alcoolisée, qui mousse, pétille et enivre comme le champagne, et qui contient tous les principes constitutifs du lait. La partie fondamentale, la base presque exclusive de cette préparation c'est le lait d'ânesse. L'idée de cette préparation tire son origine de la croyance que la phthisie pulmonaire n'existe pas parmi les populations nomades des steppes de la Russie, par suite de l'usage du *kumis*, lait de jument fermenté. L'effet le plus immédiat du galazyme est d'apaiser la soif et d'exciter l'appétit; il se fait un développement assez rapide d'embonpoint. Ainsi, chez une femme présentant les signes de la fonte tuberculeuse, il s'est eu en vingt-cinq jours une augmentation de poids du corps allant à 2 kil. 500, soit 100 grammes par jour en moyenne; chez un homme atteint de la même maladie, en cinquante-quatre jours, l'accroissement total a été de 7 kil., soit 129 grammes par jour.

— *De l'action électrique des eaux minérales sulfureuses de Bonne et d'Eaux-Chaudes*, par M. Schnepf. — Des expériences rapportées dans ce travail, l'auteur croit pouvoir conclure :

1° Que les eaux minérales sulfureuses de Bonne et d'Eaux-Chaudes ne renferment pas d'électricité libre, mais que des effets électriques se manifestent quand on met en rapport ces eaux avec les gaz qui s'en échappent, ainsi qu'avec le sol, et cela en raison d'actions chimiques et de frottements en général très-complexes ;

2° Que l'action de ces eaux naturelles sur les liquides de l'économie donne lieu à des courants qui indiquent que l'eau minérale a pris une électricité négative; mais, après avoir été modifiée par son contact avec l'air, elle prend, dans les mêmes circonstances, l'électricité positive ;

3° Que les eaux de rivière, de source non minérale, les eaux salées et les eaux de pluie produisant sur l'économie vivante des phénomènes électriques, comme les eaux minérales sulfureuses agissant à l'extérieur ou à l'intérieur, on ne saurait logiquement conclure à une action électrique spéciale des eaux minérales, et moins encore attribuer l'action thérapeutique de ces eaux à la seule puissance électro-motrice ;

4° Que les eaux minérales de Bonne, transportées et conservées, produisent, par leur réaction sur la peau et les liquides de

l'économie vivante, les mêmes phénomènes électriques que les eaux prises à la source même.

— *Recherches chimiques et physiologiques sur un alcaloïde extrait de la fève de Calabar*, par MM. A. Vée et Leven. — De l'ensemble des expériences exposées dans ce travail, les auteurs concluent :

1° Qu'il existe dans la fève de Calabar, semence de *Physostigma venenosum*, une matière cristallisable capable de neutraliser les acides, et pour laquelle ils proposent le nom d'*ésérine*, dérivé du mot *éséré*, dénomination indigène de cette semence ;

2° Que l'*ésérine* produit sur la pupille et sur l'économie animale les mêmes effets que les extraits de la fève de Calabar, quelle que soit la voie d'absorption ;

3° Qu'on peut l'opposer à l'atropine pour combattre la mydriase produite par cette dernière, et l'employer à l'intérieur dans les cas où la fève de Calabar peut être indiquée ;

4° Que cet alcaloïde n'est pas le contre-poison de la strychnine, malgré l'opposition apparente que l'on observe entre les effets de ces deux bases ; les quantités d'*ésérine* et de strychnine suffisantes pour amener la mort de deux animaux comparables paraissent être dans le rapport de 5 à 3.

*Séance du 12 juin 1865. — Traitement curatif de la phthisie pulmonaire*, par M. le professeur Fuster, de Montpellier. — La nouvelle méthode de traitement préconisée par l'auteur consiste dans l'usage de la viande crue de mouton ou de bœuf, associé à celui de l'alcool très-étendu et à petites doses. La viande crue, réduite en pulpe en la pilant et en la passant dans un tamis pour la débarrasser des parties tendineuses, s'administre en bols roulés dans du sucre, ou en pulpe sucrée par cuillerées à café, à la dose de 100 à 300 grammes par jour. Une boisson faite en délayant une centaine de grammes dans 500 grammes d'eau froide édulcorée sert à étancher la soif des malades. La potion alcoolique, composée de 100 grammes d'alcool à 20 degrés Baumé, étendus dans 300 grammes de véhicule édulcoré, se donne par cuillerées à bouche d'heure en heure ; la proportion de l'alcool et l'intervalle entre les prises varient suivant la susceptibilité des sujets.

« Le concours de ces deux agents, dit M. Fuster, est indispensable à la réussite du traitement ; le premier me paraissant avoir une action reconstituante, et le second une action plus directe sur les organes de l'hématose.

« Il n'y a rien de nouveau dans la médication que j'emploie, si ce n'est la combinaison des deux moyens indiqués et leur application aux maladies consomptives. »

L'auteur assure qu'à l'aide de cette méthode de traitement, plusieurs malades, atteints de phthisie pulmonaire très-grave et d'infection purulente, ont été parfaitement guéris.

## II. ACADÉMIE DE MÉDECINE.

### *Vaccination animale. — Anatomie du placenta. — Fin de la discussion sur le sens de la parole.*

*Étude sur la vaccination animale.* — Dans ce travail, le docteur Lanoix rend compte à l'Académie des résultats des expériences qu'il a faites avec le vaccin animal depuis sa première communication du mois d'octobre dernier.

Sur 380 enfants revaccinés au lycée du Prince-Impérial, il eut 80 succès, c'est-à-dire 20 pour 100. Sur ces 380 revaccinations, 180 furent pratiquées sur des enfants de 9 à 12 ou 13 ans et comptèrent 63 succès; 200 pratiquées sur des enfants de 7 à 9 ans donnèrent seulement 20 résultats positifs.

Sur 400 revaccinations pratiquées par M. le docteur Michel à l'institution de Fontenay, on obtint 76 résultats positifs.

Les revaccinations sur des sujets de 16 à 20 ans, au nombre de 71, ont donné 31 succès. Sur des adultes de 20 à 40 ans, le chiffre des succès est de 97 sur 200; il est de 7 sur 30 chez des sujets âgés de 40 à 50 ans. Enfin, sur 5 personnes de 50 à 60 ans, 2 ont été revaccinées avec succès.

M. Lanoix termine en disant que le vaccin, loin de s'affaiblir par son passage à travers un organisme animal, prend, au contraire, une nouvelle force, et que les vaccinations pratiquées avec ce vaccin donnent toujours ou presque toujours un résultat positif, et les revaccinations une moyenne de succès supérieure à la moyenne des succès fournis par le vaccin humain. (*Séance du 30 mai 1865.*)

*Recherches anatomiques sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le placenta à terme.* — M. Joulín cherche à prouver dans ce travail que le chorion n'existe plus à l'état de membrane continue à la surface du placenta à terme, et

que la substance choriale n'existe sur ce point que dans l'enveloppe des villosités.

La membrane que l'on observe sur la face fœtale du placenta, après qu'on en a enlevé l'amnios, et dans l'épaisseur de laquelle rampent les grosses divisions du cordon, n'est pas constituée par le chorion, ainsi que le pensent les embryologistes et les accoucheurs ; elle tire son origine du *magma reticulé* condensé à la face fœtale du placenta ; elle procède donc du tissu allantôidien dont le *magma reticulé* n'est qu'un débris. M. Joulin nomme cette membrane *membrane lamineuse*.

La membrane lamineuse n'occupe pas dans le placenta la même position que le chorion ; elle est placée plus superficiellement ; elle diffère encore du chorion par sa structure anatomique ; ses éléments histologiques sont constitués par des faisceaux de fibres lamineuses en lames parallèles, parfois entrecroisées, par de la matière amorphe et quelques granulations graisseuses. On n'y voit ni les noyaux, ni les granulations moléculaires qui forment la base du tissu chorial. Elle se sépare en deux feuillets distincts, un superficiel et un profond, entre lesquels rampent les vaisseaux au sortir du cordon.

M. Joulin nie que le sang maternel pénètre dans les espaces intercotylédonaires. La surface de contact entre l'utérus et le placenta est presque plane pour lui ; la nutrition se fait au moyen du tissu amorphe qui entoure les divisions villeuses et qui est une émanation du feuillet d'épithélium hypertrophié qui sépare, au niveau des sinus, les villosités du sang maternel. Cette transmission a lieu au moyen de la capillarité de ce tissu, par des courants d'endosmose et d'exosmose établis de la mère au fœtus. (*Séance du 6 juin 1865.*)

*Discussion sur le sens de la parole.* — Cette discussion, qui a occupé l'Académie le mois passé, a été close le 13 juin. Après MM. Bouillaud, Trousseau et Parchappe, l'Académie a entendu les discours de MM. Piorry, Baillarger, Bonnafont et Cerise. Presque tous ces auteurs ont été conduits à admettre le principe des localisations cérébrales, tout en avouant que le siège de la faculté du langage était encore à préciser d'une manière bien exacte ; quant à la nature même de l'aphasie, elle n'est pas clairement ressortie du débat. MM. Piorry et Bonnafont en font une perte de la mémoire des mots ; M. Trousseau la considère, dans certains cas au moins, comme la perte de la mémoire des mouvements coordonnés nécessaires à la prononciation de tel ou tel mot. M. Cerise croit aussi que, dans l'aphasie, l'amnésie joue le principal rôle.

Les conclusions suivantes, que M. Baillarger a nettement formulées, nous semblent résumer fidèlement la discussion.

1<sup>o</sup> Les lésions anatomiques correspondant à l'aphasie se rencontrent huit ou neuf fois sur dix dans les lobes antérieurs.

2<sup>o</sup> Les exceptions qui empêchent de formuler ici une loi absolue peuvent surtout s'expliquer de deux manières : d'abord parce que le point précis qu'occuperait l'organe législateur de la parole dans les lobes antérieurs n'est pas déterminé ; mais, en outre, parce que tout tend à prouver qu'il y a dans le système nerveux, comme dans le système vasculaire, des ressources ménagées par la nature pour suppléer à certaines lésions.

3<sup>o</sup> La doctrine de MM. Dax et Broca, qui localisent dans l'hémisphère gauche les lésions de l'aphasie, compte aujourd'hui déjà un nombre imposant d'observations. Les exceptions sont à peine dans la proportion de 1 sur 25. C'est donc un fait nouveau extrêmement remarquable et qui ne peut manquer d'avoir des conséquences importantes pour la physiologie pathologique.

4<sup>o</sup> On ne saurait conclure, comme on l'a fait des observations de MM. Dax et Broca, que l'hémisphère gauche est seul chargé de la parole.

5<sup>o</sup> Il y a, pour l'hémisphère gauche, deux particularités anatomiques importantes, dont l'une se rapporte à la circulation et l'autre au développement des plis frontaux de cet hémisphère. Ces deux particularités anatomiques, rapprochées de ce fait que tous les peuples sont droitiers et qu'on écrit presque exclusivement de la main droite, sont de nature déjà à faire paraître moins étrange le fait singulier des lésions de l'aphasie existant 15 fois sur 16 dans l'hémisphère gauche. (*Séances des 22 et 30 mai, 6 et 13 juin 1865.*)

Dans la séance du 30 mai 1865, M. le professeur Chauveau a communiqué à l'Académie le résumé du rapport qu'il avait présenté à la Société des sciences médicales, en collaboration avec MM. Viennois et P. Meynet, sur les *relations qui existent entre la variole et la vaccine*. Nos lecteurs ont trouvé une analyse de ce travail dans le dernier numéro du *Journal de médecine de Lyon*.

---



**BIBLIOGRAPHIE.**  

---

**Traité de médecine opératoire, bandages et appareils;** troisième édition ; par le D<sup>r</sup> SÉDILLOT, professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg (1).

Dès son apparition en 1839, le *Traité de médecine opératoire* de M. le professeur Sédillot fut accueilli avec la plus grande faveur dans le public médical et rangé immédiatement parmi les ouvrages classiques d'une valeur incontestable. Exposition claire et méthodique, appréciation judicieuse des méthodes, des procédés opératoires, des indications et contre-indications aux opérations chirurgicales; tels ont été les titres qui légitimaient le succès de ce traité à son début. Mais, aussi parfaite que soit primitivement une telle œuvre, elle devient insuffisante après un certain nombre d'années, en présence des progrès incessants de la science. De là découle, après un temps variable, la nécessité, pour les travaux classiques, d'éditions nouvelles qui ont pour but, tout en conservant le plan général de l'ouvrage, de modifier certaines parties et d'enregistrer les faits nouveaux qui ont acquis droit de domicile dans la science.

C'est pour satisfaire à ces indications que M. le professeur Sédillot, après l'épuisement des deux premières éditions de son ouvrage, est obligé d'émettre une troisième édition.

Nul mieux que M. Sédillot n'est en position de suivre les progrès de la science et de contrôler les faits qui se produisent de toutes parts. Placé depuis de longues années à la tête de l'enseignement clinique d'une de nos premières écoles de France, l'auteur n'est resté étranger à aucun progrès du ressort de la chirurgie, à titre de promoteur ou de juge. Arrivé jeune à une position éminente, M. Sédillot n'a cessé, dans son enseignement clinique, de chercher le progrès avec une hardiesse qui ne saurait être comparée qu'à sa

(1) Paris, J.-B. Baillière et fils, rue Hautefeuille, 19. — Strasbourg, Treuttel et Wurtz. — Londres, Hipp. Baillière.

prudence éclairée. Aussi son traité de médecine opératoire n'est pas seulement un exposé du manuel chirurgical; c'est bien une œuvre de thérapeutique chirurgicale, puisant ses matériaux dans toutes les sciences, hygiène, physique, chimie, etc.

La question des diverses indications ou contre-indications aux opérations chirurgicales démontre la sagacité du maître et prouve que souvent il a été lui-même appelé à observer les faits pathologiques les plus compliqués. On sent partout la main du praticien guidée par la science du professeur. Du reste, nous n'avons pas à examiner la valeur d'une œuvre que l'opinion générale des médecins a placée en tête des livres classiques, nous avons à exposer rapidement les modifications que M. Sédillot a fait subir à sa nouvelle édition, soit qu'il arrive à des suppressions ou à des augmentations dictées par les progrès de la chirurgie et par l'appréciation judicieuse du maître.

Le premier chapitre sur les opérations est un exposé à grands traits des principes généraux qui doivent présider à toute opération. En parcourant ces paragraphes, on ne peut s'empêcher de remarquer la concision, la clarté du style jointes à une grande élévation de pensée.

Parmi les questions qui sont examinées, il en est une qui intéresse surtout l'école de médecine de Lyon : c'est l'anesthésie par le chloroforme et l'éther. L'emploi du chloroforme est général en France et en Europe de préférence à l'éther; l'Ecole de Lyon seule s'est prononcée en faveur de l'éther comme agent thérapeutique, à cause des nombreux cas de mort occasionnés par les inhalations de chloroforme. M. Sédillot, sans rejeter complètement l'emploi de l'éther, préfère l'usage du chloroforme; il croit que cet agent anesthésique administré suivant les règles qu'il trace, ne peut jamais amener la mort; à l'appui de son opinion, il cite sa vaste pratique à laquelle on peut ajouter les faits observés à l'armée d'Orient, où le chloroforme a été employé exclusivement chez plus de cinq mille blessés, sans jamais occasionner le moindre accident. M. Sédillot trouve les raisons de l'innocuité de ces inhalations dans la pureté de l'agent anesthésique et dans son administration prudente dont il indi-

que la réglementation. Aucune exception jusqu'ici n'est venue démontrer que l'éminent professeur n'était pas dans le vrai. Cependant il reconnaît que le chloroforme, dans des mains inexpérimentées ou inattentives, peut devenir un agent dangereux. S'il ne donne pas la préférence à l'éther sulfurique, c'est que l'action de cet anesthésique est très-infidèle, ne produit, en général, l'anesthésie qu'après un temps relativement très-long, et que la période d'excitation est souvent très-difficile à vaincre.

Un des grands avantages de l'emploi de l'éther comme agent anesthésique, c'est que le maximum d'action est toujours au moment même où l'on cesse son emploi, tandis qu'il n'en est pas de même pour le chloroforme, dont l'action augmente encore d'intensité souvent après que les inhalations ont été suspendues. Nous avons vu de l'éther parfaitement rectifié agir presque aussi rapidement que le chloroforme ; mais alors il est tellement volatil que les opérations où l'intervention de bougies allumées ou de fers rougis au feu est nécessaire, deviennent très-dangereuses. J'ai été témoin, à Lyon, dans ces circonstances, d'accidents qui pouvaient devenir graves.

Nous pensons donc qu'il y aurait avantage à étudier les indications spéciales à l'emploi du chloroforme ou de l'éther. Après avoir donné les raisons qui ont déterminé sa conviction scientifique, M. Sédillot laisse chaque praticien juge de l'opportunité du choix de l'agent anesthésique.

L'auteur n'envisage pas la médecine opératoire seulement au point de vue du manuel chirurgical, il démontre d'abord combien l'application rigoureuse des règles de l'hygiène contribue puissamment au succès des opérations ; il s'élève contre l'abus des spécialités ; la médecine opératoire est une ressource que tout médecin doit connaître. Il n'est plus moralement permis de déclarer, en face d'une hémorrhagie, qu'on est médecin et qu'on ne s'occupe pas de chirurgie. La spécialité ne saurait plus être admise que dans l'enseignement. Tout médecin, soit à l'armée, soit au milieu des populations de nos villes et de nos campagnes, doit être complet, c'est-à-dire posséder toutes les ressources thérapeutiques de la science à laquelle il s'est consacré.

Le chapitre des indications et contre-indications aux opérations est traité d'une manière remarquable qui échappe à toute analyse.

Après avoir examiné les accidents primitifs ou consécutifs qui viennent compliquer les opérations, l'auteur indique les moyens de combattre ces accidents. La pyohémie devait surtout fixer son attention, à cause de son danger et de sa fréquence. Les quelques pages de l'ouvrage de M. Sédillot résumant tous les travaux publiés sur cette matière, on voit que l'auteur est en face de difficultés sur lesquelles son esprit s'est souvent arrêté et dont il a sondé toutes les profondeurs ; il indique avec détail les moyens thérapeutiques qui lui ont réussi le plus souvent. Personne mieux que l'auteur du *Traité de l'infection purulente*, Paris, 1849, ne pouvait résumer cette importante question. Le traitement comprend trois indications capitales : 1° prévenir les causes de la pyohémie ; 2° arrêter la pénétration du pus dans le sang, lorsque la maladie est déclarée ; 3° faire disparaître les influences locales déterminées par la présence des globules du pus. Tous ces divers termes du problème à résoudre sont traités avec le talent qui distingue le chirurgien maître de son sujet.

Les parties de l'ouvrage consacrées à l'anatomie chirurgicale sont aussi complètes que possible dans les limites restreintes d'un traité de médecine opératoire ; aucun point essentiel n'a été oublié. Tout ce qui a rapport au choix des méthodes et des procédés opératoires, à l'appréciation des résultats des opérations a été repris en sous-œuvre et largement développé.

Souvent les rapports anatomiques des parties sont changés sous l'influence pathologique ; il importait d'en signaler les modifications de forme, de consistance, de rapport, afin que le praticien eût sans cesse sous les yeux un guide au milieu des difficultés si nombreuses de l'exercice de la chirurgie. Ces différentes données abondent à chaque page de cette nouvelle édition, ce qui rend cet ouvrage indispensable aussi bien au praticien qu'à l'élève.

Les manœuvres d'amphithéâtre ont été l'objet d'un soin particulier de la part de l'auteur, qui les a exposées d'une

manière claire et concise, ce qui en rend l'exécution facile et régulière.

Toute la partie qui traite des bandages, appareils, de la petite chirurgie, des pansements, de la réunion des plaies, du traitement des fractures, des plaies d'armes à feu, a été mise au niveau du mouvement scientifique qui, dans ces derniers temps, s'est produit sur ces importantes questions. Les pansements par occlusion, le drainage chirurgical sont appréciés à leur juste valeur.

Depuis la publication de la deuxième édition de ce traité, quelques tentatives d'innovation se sont produites dans la pratique chirurgicale, et ont été l'objet de travaux remarquables ; on ne pouvait s'empêcher de les faire connaître, en faisant la part de l'exagération et en ramenant la question aux termes dictés par la saine chirurgie. Le temps n'est pas encore éloigné où la cautérisation potentielle a été prônée avec un tel enthousiasme que j'ai entendu professer que l'usage du bistouri et du couteau devait être rejeté de la pratique chirurgicale et les instruments déposés dans nos arsenaux pour ne servir désormais qu'à l'histoire de la chirurgie. Nous avons tous vu à Lyon les résultats fâcheux de l'abus de la cautérisation. L'emploi de la cautérisation potentielle et le cautère actuel a ses indications et ses contre-indications. Nous en dirons autant de l'écrasement linéaire. La généralisation de l'emploi de ces moyens précieux en chirurgie est un danger que le temps et l'expérience ont mis en lumière. Nous ne pouvons nous empêcher de rappeler, à ce sujet, l'excellente leçon que M. Verneuil, de Paris, a faite en présence du Congrès médical de Lyon, sur l'appréciation des différents moyens de diérèse. L'appréciation si nette, si logique de M. Verneuil, nous la retrouvons dans l'œuvre de M. Sédillot. Une exagération systématique est indispensable à un chirurgien qui veut émettre une vérité nouvelle ; d'abord, il faut chez lui une grande énergie de conviction pour sortir des voies tracées ; ensuite, il est obligé de frapper l'esprit des masses par le tableau brillant des avantages d'une nouvelle méthode. Mais le temps et l'expérience viennent plus tard

rectifier les données de l'enthousiasme et réduire les découvertes scientifiques à leur juste valeur.

Les sutures métalliques ont été très-vantées dans ces derniers temps. Elles offrent, en effet, quelques avantages, mais on ne peut nier qu'elles ont l'inconvénient de sectionner trop facilement les tissus qu'elles traversent ; de plus, quand on veut les retirer, elles se recourbent, dans le lieu de la section, en crochets qui déchirent les tissus dans les trajets qu'ils parcourent. Somme toute, l'emploi des sutures métalliques est indiqué dans certaines circonstances bien précises, mais assurément elles ne seront pas rejeter de la pratique chirurgicale les sutures ordinaires.

L'application de l'électricité à la cure de certaines maladies chirurgicales, de quelques tumeurs, devait nécessairement fixer l'attention des chirurgiens. Quelques succès obtenus justifient de nouvelles études ; mais dans une œuvre classique, on ne peut dépasser certaines limites. L'auteur a été obligé de se borner à montrer le champ que l'activité chirurgicale était appelé à féconder. Cette importante question est encore à l'étude.

— L'hémostase chirurgicale est une des parties de la médecine opératoire qui mérite le plus de soin, à cause de son importance dans la pratique. Tous les travaux anciens et modernes ont fourni leur tribut à cette partie qui pourrait être regardée comme une monographie très-complète. Le traitement des anévrysmes par la compression digitale est étudié avec soin ; M. Sédillot ne pouvait, en étudiant cette question, s'empêcher de citer les importants travaux de MM. Vanzetti et Broca, qui ont exercé une si grande influence sur les modifications à apporter au traitement des anévrysmes en général.

Le chapitre des amputations comprend les indications et les contre-indications à ces opérations, ainsi que les résultats consécutifs. A une époque où la chirurgie est éminemment conservatrice, il est bon que le chirurgien ait non seulement une main habile, mais qu'il connaisse l'avenir réservé à son opéré, qu'il prévienne toutes les conséquences probables de son opération, au point de vue de la conservation de la vie et des fonctions des membres. Les appa-

reils prothétiques doivent aussi être parfaitement connus. Toutes ces considérations sont d'une importance capitale. Nous ne suivrons pas M. Sédillot dans l'exposé des méthodes et des procédés dont beaucoup lui appartiennent en propre. Aussi bien au lit des malades que dans les exercices d'amphithéâtre, ce chapitre est un guide, un enseignement complet.

*Des résections.* — Comme cela arrive pour toutes les questions, l'antiquité nous a laissé des travaux qui prouvent que ces opérations remontent au temps d'Hippocrate, de Celse, de Galien, etc. Néanmoins, il est juste de dire que les résections sont une des conquêtes chirurgicales modernes, un des auxiliaires les plus puissants de la chirurgie conservatrice. Depuis les travaux de Moreau, de Champion de Bar-le-Duc, de David, de White, de Larrey, de Texton, les résections osseuses ont leur place dans un traité de médecine opératoire, au même titre que les amputations, les ligatures, etc., et les succès obtenus jusqu'ici sont assez nombreux pour ne pouvoir plus être comptés. On ne saurait donc trop préconiser une méthode qui trouve son application et a pour résultat de conserver non-seulement des membres, mais aussi leurs fonctions.

Dans les dernières années, la question des résections sous-périostées est encore venue agrandir le champ de la chirurgie conservatrice. Depuis Duhamel, le périoste a été regardé comme l'organe ostéogénique par excellence. Les expériences de Heine ont montré l'application chirurgicale qui pouvait être faite de ces données, restées jusque-là dans le domaine de la physiologie, mettant à part les travaux de Dupuytren, sur l'organisation du cal. Toutefois, les expériences de Heine étaient restées sans action sur la pratique chirurgicale en France. Il faut arriver aux travaux de M. Flourens pour trouver proclamée la naissance d'une chirurgie nouvelle, basée sur des expériences physiologiques précises. Enlevez un os en conservant le périoste, le périoste reproduira l'os.

Il appartenait aux chirurgiens de transporter dans la pratique les données du savant physiologiste. — M. Sédillot, en créant la méthode d'évidement des os, a satisfait à

tous les termes du problème. D'autres chirurgiens ont demandé à la dissection du périoste la reproduction de l'os. Des exemples de succès incontestables sont venus prouver que cette reproduction était possible dans certains cas où le périoste avait déjà subi des modifications pathologiques, dans les cas d'ostéite, de nécrose, par exemple.

Il reste à savoir si le résultat de cette méthode est préférable aux ablations de séquestre, telles qu'on les pratique de temps immémorial. Quant aux reproductions osseuses par le périoste sain, disséqué, toutes les tentatives faites jusqu'ici ont été impuissantes à fournir un résultat probant.

C'est avec la plus grande justice que M. le professeur Sédillot, analysant tous les éléments scientifiques qui se sont produits, fait la part de chacun, dans ce grand travail d'études ostéogéniques. Assurément, il sortira un enseignement fécond de tous ces efforts scientifiques.

Cette question des résections sous-périostées comprend : 1° l'ostéoplastie directe par déplacement osseux ; 2° l'ostéoplastie indirecte par déplacement de lambeaux périostiques sains, adhérents par une de leurs extrémités, ou transportés de toutes pièces dans des points de l'organisme, où normalement il n'existe pas d'os, sous la peau par exemple ; 3° l'évidement sous-périosté ; 4° les résections sous-périostées, pratiquées à la suite de maladies diverses des os.

L'ostéoplastie directe, par déplacement osseux, compte parmi ses promoteurs MM. Pirogoff, Huguier, Ollier, Seymanowski, etc. Cette méthode, qui trouve son point de départ dans l'enseignement clinique, a sa raison d'être, et en ce qui regarde ses applications, n'a pas encore dit son dernier mot.

L'ostéoplastie indirecte, par déplacement ou transport de lambeaux de périoste, n'a encore donné aucun exemple de succès, en dehors des expériences tentées sur les lapins par M. Ollier.

Voici, en quels termes, M. Sédillot s'exprime sur cette question : « M. Ollier crut qu'en déplaçant le périoste, on « obtiendrait de nouveaux os, et proposa l'ostéoplastie par « déplacement et transport des lambeaux périostés ; cette



« méthode fondée sur des expériences ingénieuses, est mal-  
« heureusement condamnée aujourd'hui par les faits; mais  
« elle avait un moment inspiré la plus grande confiance, et  
« quoique étrangère, en elle-même, aux résections, elle  
« s'en rapprochait cependant comme moyen auxiliaire, et  
« nous la retrouvons aux chapitres des résections articu-  
« laires, de l'ouranoplastie et de la rhinoplastie. »

L'évidement des os, méthode créée par M. Sédillot, est la résection sous-périostée par excellence; elle conserve intacts tous les éléments qui doivent contribuer à la régénération osseuse. Cette méthode consiste à creuser les os, en enlevant toutes les parties malades, et en conservant la couche osseuse périphérique ou des segments longitudinaux, dans des conditions très-favorables à la reproduction des os. Basée sur l'enseignement clinique, sur des lois de physiologie bien précises, cette opération a désormais droit de domicile dans la thérapeutique chirurgicale; elle réalise, en effet, les espérances les plus hardies. MM. les professeurs Desgranges, à Lyon, Rigaud, Hergott, Bœckel, à Strasbourg, ont fourni des exemples de succès remarquables à la suite d'opérations d'évidement, qui ont eu pour résultat la conservation de membres qui, suivant les anciens errements chirurgicaux, auraient dû être sacrifiés. — Dans son traité de l'évidement (Paris 1860), M. le professeur Sédillot a déjà réuni un grand nombre d'observations cliniques qui ne laissent aucun doute sur l'avenir chirurgical de cette méthode, et sur le progrès manifeste qu'elle a réalisé.

*Des résections sous-périostées.* — Dans les cas d'ostéite, de nécrose, le périoste subit des modifications physiologico-pathologiques, dont le résultat est la production d'un os nouveau. Ce périoste augmente d'épaisseur, devient plus vasculaire; les moyens d'attache avec l'os se relâchent et deviennent presque nuls. Dans ces conditions, le travail de reproduction osseuse est déjà commencé. Est-il avantageux d'enlever l'os malade, à cette période d'évolution physiologico-pathologique, en séparant le périoste de l'os malade, en sacrifiant même quelquefois des couches osseuses de nouvelle formation? Où trouvera-t-on la ligne de démarcation entre les parties qui doivent être enlevées et celles qui

sont saines? Ne vaut-il pas mieux abandonner à la nature le soin d'éliminer les parties malades? Telles sont les questions que l'on doit se poser.

Dans la deuxième hypothèse, les succès sont nombreux; une pratique chirurgicale déjà ancienne a sanctionné cette manière de procéder. A la suite d'une étude parfaite des phénomènes de l'évolution physiologico-pathologique, les chirurgiens les plus distingués sont arrivés à conclure qu'il fallait attendre que l'os nouveau fût formé, avant d'opérer l'ablation des parties nécrosées; cette conduite est très-sage, parce que les cas ne sont pas rares où l'ostéite se guérit soit par résolution simple, soit par éburnation et alors toute opération devient inutile. Quoi qu'il en soit, la méthode des résections sous-périostées a trouvé des défenseurs d'un talent remarquable, qui ont, à l'appui de leur opinion, présenté des exemples de succès incontestables; nous citerons MM. Borelli, Larghi, de Verceil, Aubert, de Mâcon, Creuz-y-Manso. Dernièrement encore, on a pu voir dans le service de M. Ollier, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, une reproduction de la moitié supérieure d'un humérus, chez une jeune fille scrofuleuse. Le résultat obtenu par M. Ollier est remarquable, en cela qu'une grande partie des mouvements de l'articulation scapulo-humérale existent. Malgré ces succès, la science ne saurait encore se prononcer; la question a besoin d'être étudiée, avant de rejeter une pratique ancienne qui, jusqu'ici, a donné de très-nombreux succès, et qui présente une innocuité parfaite. Les indications précises aux résections sous-périostées sont encore à formuler; le diagnostic des affections osseuses, qui ont nécessité ces opérations, laisse généralement à désirer.

A côté des cas heureux et bien authentiques, tels que ceux de MM. Ollier, Aubert, de Mâcon et de Creuz-y-Manso, nous trouvons des échecs et puis des choses si étonnantes que l'on est obligé d'en appeler au temps et à l'expérience. Quoi qu'on en dise, la plupart des résections sous-périostées, sinon toutes, ont été pratiquées pour des cas d'ostéites ou de nécrose, et jusqu'à ce qu'on ait prouvé que les opérations de nécrose, telles qu'elles se pratiquent classiquement, sont moins avantageuses que l'opération nouvelle, il nous

paraît difficile de les préconiser dans un livre classique. Ce n'est jamais sans danger que l'on vient troubler l'évolution physiologico-pathologique de la reproduction osseuse.

Toutes ces questions sont traitées dans l'ouvrage de M. Sédillot, avec cette convenance de langage et cette supériorité de jugement qui distingue l'éminent professeur. On voit le savant qui rend justice aux efforts d'un travail intelligent, qui aime et désire le progrès, mais qui se sent retenu par le positivisme des faits.

Le premier volume du *Traité de médecine opératoire*, se termine par une étude de la ténotomie et de l'aponévrotomie, questions importantes qui, il y a quinze ou vingt ans, s'étaient emparées complètement du champ chirurgical, et qu'une étude plus approfondie à ramenées à des termes plus modestes.

Nous aurons, plus tard, à l'occasion du second volume de la nouvelle édition, à étudier les nombreuses et intéressantes questions de la laryngoscopie, de l'ophtalmoscopie, de l'ovariotomie et du traitement des maladies des voies génito-urinaires.

Maintenant que nous avons jeté un coup d'œil rapide sur la partie scientifique de l'ouvrage, nous ne pouvons nous empêcher de nous occuper un peu de son exécution matérielle. — On peut le dire hautement, cette nouvelle édition du *Traité de médecine opératoire* de M. le professeur Sédillot, est une édition de luxe. — Les caractères typographiques, la qualité du papier ne laissent rien à désirer. Nous avons vu avec satisfaction M. Sédillot abandonner le format de la deuxième édition et reprendre le format grand in-8°.

En effet, ce traité n'est pas seulement un manuel de médecine opératoire, c'est aussi un ouvrage dont la place est marquée dans la bibliothèque de chaque praticien, aussi bien que sur les tables d'amphithéâtre.

De même que dans les autres éditions, on a conservé les figures explicatives intercalées dans le texte; il n'est pas nécessaire de démontrer l'avantage de cette méthode. Les nouvelles figures sont plus parfaites que les premières et dans la partie qui traite de la ligature des artères, les pro-

cédés polychromiques de M. Silbermann, ont permis de donner une coloration distincte aux veines, aux artères et aux tissus ambiants, ce qui manquait aux autres éditions où, malgré le talent des artistes, il régnait une certaine confusion impossible à éviter dans ces figures d'une seule teinte. Les modèles des instruments ont été pris dans les ateliers de M. Charrière, c'est dire la perfection de ces instruments.

En définitive, cette nouvelle édition constitue une œuvre hors ligne, que l'étudiant recherchera pour ses travaux d'amphithéâtre, et le praticien pour préciser ses souvenirs et se maintenir à la hauteur de la science, au point de vue de la thérapeutique chirurgicale.

D<sup>r</sup> MARMY.

**Recherches sur l'osmose, et sur l'absorption par le tégument externe de l'homme dans le bain,** par M. le D<sup>r</sup> P. Q. RAYEIL, professeur agrégé à la Faculté de médecine et à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris (1).

L'absorption des liquides et des substances dissoutes dans le bain a été, dans ces dernières années, l'objet de nombreuses et importantes recherches. Malheureusement, les résultats obtenus par les divers expérimentateurs sont tellement contradictoires que, dans l'état actuel de la science, il est difficile à un esprit non prévenu de pouvoir affirmer si la peau saine jouit réellement de la faculté absorbante, exception faite pour les cas où l'absorption est favorisée par des frictions plus ou moins violentes, et l'application de corps irritants susceptibles d'attaquer l'épiderme.

— En attendant que la Commission, nommée au sein de la Société médicale d'hydrologie de Paris, pour étudier l'absorption cutanée dans le bain, ait fait connaître les ré-

(1) Ce travail est le sujet de l'une des deux thèses présentées par l'auteur, le 29 mai 1865, à la Faculté des sciences de Lyon, pour obtenir le grade de docteur ès-sciences. L'autre thèse avait pour titre: *De l'action des poisons sur les végétaux*.

sultats de ses investigations, nous sommes heureux de pouvoir mettre sous les yeux de nos lecteurs le travail de M. Reveil qui, pendant 4 ans, a fait de la question en litige l'objet de ses études et a apporté à la recherche de la vérité des connaissances chimiques très-étendues et un esprit de judicieuse critique.

Parmi les modes de constatation de l'absorption opérée par la peau, le pesage avant et après le bain est celui qui a été le plus fréquemment employé, et qui au premier abord semblait devoir donner la solution du problème. Mais si nous prenons les résultats obtenus par un expérimentateur digne de foi, M. Willemin, nous voyons que le poids du corps est resté le même 18 fois, qu'il a diminué 10 fois, qu'il a augmenté 4 fois. Les pertes éprouvées ont été faibles, il est vrai, 5 à 18 gram ; mais les augmentations ont été également très-faibles, car elles n'ont pas dépassé 7, 8 et 13 grammes. Certes, l'état stationnaire et l'augmentation seraient suffisants pour faire croire à l'absorption cutanée dans le bain, d'autant qu'on n'a pas tenu compte dans ces expériences de la perte que fait le corps par la perspiration pulmonaire et cutanée ; si d'autre part l'imbibition et l'hygroscopicité des poils n'apportaient un appoint suffisant pour compenser les pertes et voire même expliquer la légère augmentation de poids. Il devenait donc nécessaire d'avoir recours à des procédés moins entachés de causes d'erreur. Or, la meilleure preuve que l'on puisse donner de l'absorption d'une substance lorsqu'elle n'existe pas naturellement dans le corps, c'est de constater sa présence dans les sécrétions, et dans la sécrétion urinaire en particulier. Cette voie, dans laquelle se sont déjà engagés bon nombre d'expérimentateurs, a été suivie par M. Reveil dont les nombreuses expériences nous dit-il, tendent surtout à déterminer quelles sont les modifications que le séjour du corps dans l'eau pure, ou chargée de principes médicamenteux, peut apporter dans la composition et les propriétés physiques des urines. L'auteur n'a point borné là l'objet de ses recherches expérimentales, et comme l'indique le titre de sa thèse, il a au préalable recherché si la peau et l'épiderme sont perméables, et susceptibles de s'imbiber, et

si ces membranes sont osmotiques, c'est-à-dire capables de laisser traverser par les liquides et les substances que ceux-ci tiennent en dissolution. Il a soin de nous prévenir que ses expériences sur l'imbibition et l'osmose, quels qu'en soient les résultats, ne saurait préjuger la question de l'absorption par le tégument externe, et en cela il a eu grandement raison; car sur plusieurs points les résultats de ces deux séries d'expériences ne sont point en parfaite concordance.

Dans une série d'expériences relatives à l'imbibition, M. Reveil a obtenu des résultats de tout point semblables à ceux de M. Parisot. Ainsi des fœtus morts-nés, ou des cadavres de jeunes enfants, essuyés et bien lavés, avaient, après 24 ou 48 heures d'immersion dans un bain à 32 ou 35 degrés, augmenté de 10, 14, 20 et 30 grammes. Si préalablement à l'immersion, on collodionnait la plante des pieds, la paume des mains, les espaces interdigitaux, le méat urinaire et l'anus, l'augmentation de poids se réduisait à 8, 5, 4 et même 3 grammes, bien que dans plusieurs expériences, la durée de l'immersion eût été de 24 heures.

Dans une autre série d'expériences, M. Reveil a plongé des enfants morts-nés dans des solutions étendues de ferrocyanure de potassium. Le poids de l'enfant a augmenté de volume, mais il n'y a pas eu pénétration de cyanure au-dessous de l'épiderme. Des injections, pratiquées dans le système artériel et le tissu cellulaire sous-cutané avec une solution d'iodure de potassium, colorée par la fuschine ont montré à l'auteur que le derme se laissait imbiber et que de l'eau distillée à 34 degrés, dans laquelle les fœtus ainsi préparés étaient plongés renfermait, après cinq heures, des proportions appréciables d'iodure de potassium, mais point de matière colorante. Ces expériences établissent donc nettement le pouvoir d'imbibition du derme, et prouvent qu'il y avait eu dialyse, autrement dit pénétration des sels cristalloïdes à travers le tégument. Ce succès lui donna l'idée d'expérimenter sur le cadavre. Dans ce cas, l'eau distillée du bain dans lequel un fœtus lavé avec le plus grand soin, a séjourné pendant 24 heures, renferme des traces notables de chlorure, nouvelle preuve du pouvoir dialytique de la

peau. — Aussi fort de cette expérience, l'auteur dit que l'augmentation des chlorures, constatée dans les bains ordinaires, peut s'expliquer autrement que par la persistance de l'exhalation cutanée.

La simple imbibition pourrait donc nous expliquer la faible augmentation du poids du corps après le bain. M. Delore a invoqué aussi, pour expliquer cette augmentation, les propriétés hygroscopiques du système pileux. Dans les expériences faites par M. Reveil, nous voyons que le poids des cheveux et des poils plongés dans l'eau, puis fortement essuyés, augmente en moyenne de 30 %, et l'auteur a soin de noter que l'exposition simple des cheveux à la vapeur d'eau est suffisante pour les saturer. Or, portant à 100 grammes le poids total des cheveux et des ongles chez l'homme, on voit qu'une augmentation de 30 grammes du corps plongé dans l'eau est peu importante, si l'on veut trouver dans cette augmentation une preuve certaine de l'absorption dans le bain.

Les expériences qu'a faites M. Reveil, pour mesurer le pouvoir osmotique de l'épiderme et de la peau, sont également très-nombreuses, et les résultats obtenus sont consignés dans plusieurs tableaux. Des recherches de l'auteur, il résulte que l'épiderme de l'homme est partout osmotique, tandis que la propriété osmogénique de la peau présente de singulières variations; toujours celle de la paume des mains et de la plante des pieds est endosmotique, et celle des autres parties du corps ne l'est que très-exceptionnellement et très-peu. Comme conséquence, nous en déduirons que l'absorption par le tégument externe dans le bain peut être effectuée, au cas où l'osmose serait une des conditions de cette absorption. Or, n'en déplaise à quelques-uns de nos physiologistes, les phénomènes osmotiques jouent un très-grand rôle dans l'absorption physiologique.

Des expériences endosmométriques de M. Reveil, découlent des phénomènes autrement curieux et sur lesquels nous appelons d'une manière spéciale l'attention du lecteur. Ainsi, si on remplit l'endosmomètre ou dialyseur avec une solution d'iode de potassium colorée par la fuschine, et que l'on plonge l'appareil dans de l'eau distillée, il y a dia-

lyse de l'iodure de potassium, c'est-à-dire passage de ce sel de l'intérieur du dialyseur à l'extérieur. Mais la matière colorante n'a pas passé dans le vase extérieur. Ce phénomène dialytique se produit constamment, à travers les membranes, les muqueuses et la peau. Il se manifeste, quelle que soit la direction des courants osmotiques, c'est-à-dire qu'il y eût ascension, station ou dépression ; et l'intensité des forces dialytiques est en raison directe des osmotiques, c'est-à-dire que plus l'ascension se fait rapidement, plus la dialyse est prompte à s'effectuer.

C'est à tort, poursuit M. Reveil, que l'on avait donné le nom d'exosmose au courant qui s'opère en sens inverse de l'osmose ; comme ce n'est pas un phénomène particulier, mais le même phénomène en sens opposé, il est inutile de le désigner sous un nom spécial ; lorsqu'il y a ascension dans l'osmomètre, ou station, il faut bien admettre que la dialyse, c'est-à-dire la séparation des cristalloïdes, s'opère seule sans qu'il y ait courant liquide, puisqu'on retrouve les sels dans les vases inférieurs et qu'on n'y constate pas les matières colorantes qui étaient dans l'osmomètre ; mais lorsqu'il y a dépression et que la matière colorante descend, il y a eu alors courant en sens inverse, c'est-à-dire exosmose. Toutefois, il faut ajouter que la proportion de cristalloïde dialysé est très-grande, et qu'elle n'est pas en rapport avec celle de la matière colorante ; de sorte que, dans ces cas, il y a eu à la fois dialyse et exosmose.

Dans les tableaux d'expériences dressés par M. Reveil, nous constatons encore quelques phénomènes curieux qui viennent à l'appui des idées de M. Homolle. En effet, certaines expériences endosmométriques, dans lesquelles la peau de la main séparait un sel de proxyde de fer, et du ferro-cyanure de potassium, ont présenté ce fait singulier d'osmose de l'eau (ascension de l'eau dans le tube) sans passage des sels à travers la membrane cutanée, puisqu'il n'y a pas eu formation de bleu de Prusse ni à l'intérieur, ni à l'extérieur de l'osmomètre. Il est donc expérimentalement prouvé que lorsque la peau est endosmotique, elle peut laisser passer l'eau et non certains sels. Ces expériences ne donnent-elles pas, en effet, un grand poids à l'opinion de



M. Homolle, qui croyait que l'eau était absorbée dans le bain, et que les substances qu'elle tenait en dissolution ne l'étaient pas. Ce fait, dit M. Reveil, a besoin de nouvelles études et de nouvelles confirmations.

Quelque extraordinaire que ce fait puisse paraître, nous n'hésitons pas pour notre compte à l'admettre, et comme faits confirmatifs analogues, nous citerons les suivants que nous empruntons aux leçons de M. Milne Edwards, sur la physiologie. De l'eau salée est rendue douce par le seul fait de son passage à travers une couche de sable d'une épaisseur suffisante, tome iv, p. 422. Le venin de la vipère et le curare ne sont point absorbés dans le tube digestif et par tant restent sans effet toxique sur les animaux. On aurait tort, dans ces cas, d'attribuer l'innocuité du curare à une puissance vitale propre à l'estomac; car, il a été constaté expérimentalement que l'exclusion de cette substance est la conséquence des propriétés physiques de la membrane stomacale, qui, sur le cadavre aussi bien que chez l'animal vivant, est perméable à l'eau, aux dissolutions salines, au sucre et à une multitude d'autres substances, tout en étant imperméable pour la matière particulière dont il est ici question, tome v, p. 189.

Passons actuellement à la partie de la thèse qui traite plus spécialement de l'absorption par la peau dans le bain.

Au premier abord, il semble que le corps plongé dans l'eau se trouve dans des conditions favorables à l'absorption, d'autant que la peau, nous l'avons vu, est osmotique sur beaucoup de points. Ce qui apporte à l'absorption une barrière, c'est le tissu épithélial, qui, par sa constitution anatomique et son vernis graisseux, rend difficile l'imbibition sans laquelle il ne peut y avoir d'absorption. Le rôle de l'enduit est si important que l'imbibition et par conséquent l'absorption se font presque exclusivement par les parties dépourvues de glandes sébacées; nous avons désigné la plante des pieds et la paume des mains.

C'est encore à l'expérimentation que M. Réveil a fait appel pour résoudre le problème de l'absorption cutanée, par la simple immersion du corps dans l'eau. Dans les expériences dont nous allons faire connaître les résultats, les bains

étaient simples ou rendus médicamenteux par l'addition de matières salines et de substances vénééuses.

M. Réveil a cherché vainement l'arsenic dans l'urine des malades qui avaient pris de l'arséniate de soude en bains, à la dose de 4 à 12 grammes. Lui-même a pris un bain de deux heures dix minutes avec 50 grammes d'arséniate de soude, et a recherché sans résultat l'arsenic dans les urines réunies de quatre jours; inutile d'ajouter que les effets physiologiques ont été également nuls.

Les expériences faites avec le ferrocyanure de potassium et l'iodure de potassium ont aussi donné des résultats négatifs, bien que la dose mise dans le bain ait été de 200, 300 et 500 grammes. D'ailleurs, M. de Laurès, dans des expériences analogues, n'a pas trouvé de sel dans les urines, après un bain de 20, 28 et 30 heures.

Si on concentre davantage les solutions iodurées, c'est-à-dire, si on prend des bains de jambes avec 150 grammes d'iodure de potassium pour dix litres d'eau, on constate la présence de l'iode dans l'urine et la salive, voies d'élection pour l'élimination de ce sel. Les résultats sont négatifs, quand on a le soin de vernir de collodion toute la région plantaire, le creux poplité et les parties internes des cuisses. L'addition au bain du carbonate de soude ne facilite pas l'absorption, comme le prétend M. O. Henry, fils. Ces expériences, fait observer M. Réveil, sont aussi en désaccord avec les résultats annoncés par le même auteur, qui assure que l'absorption de l'iodure de potassium se fait d'autant mieux que les doses ne dépassent pas 10 grammes par bain.

Les bains pris avec des décoctions de plantes vénééuses, telle que la belladone, la digitale, ont également fourni des résultats négatifs. M. Réveil, lui-même, a pu rester une heure et quart dans un bain additionné de 2 grammes de digitaline, et cela sans éprouver aucun effet physiologique.

M. Réveil a répété les expériences de M. de Laurès, dans les bains pris avec la décoction d'asperges. Dans quatorze expériences, il a constaté deux fois l'odeur caractéristique très-faible. La première fois, il s'agissait d'un enfant atteint d'un eczéma scrofuleux. On ne pourrait, par conséquent,

certifier l'intégrité de l'épiderme. Pour la seconde fois, l'odeur d'asperges a été bien constatée dans l'urine d'une jeune fille de 16 ans, mais la durée du bain avait été de 4 heures 20 minutes. — Il n'a obtenu aucun résultat positif dans les bains avec les matières colorantes.

Pour compléter cette analyse, il nous reste à exposer les modifications que les bains et en particulier les bains acides et alcalins, amènent dans les propriétés physiques et chimiques des urines.

Sur 58 expériences, la densité de l'urine a été diminuée 44 fois, et d'une manière très-notable; car elle est quelquefois représentée par 10, par 15 degrés du densimètre (pèse-urine). C'est, dit M. Reveil, un excellent argument en faveur de l'absorption de l'eau, cependant, si l'on réfléchit que, pour ramener la densité de l'urine de 1031 à celle de 1021, il faudrait ajouter 84 pour 100 distillée, on est amené à admettre que l'eau, si elle est absorbée, devrait l'être en trop grande quantité pour diminuer autant la densité; elle ne serait donc pas la seule cause de cette diminution.

Contrairement aux résultats annoncés par MM. Homolle et Villemin, M. Reveil a vu généralement les urines conserver une réaction acide moins forte pourtant qu'avant le bain; dans des cas très-exceptionnels, il les a trouvées neutres et alcalines. — Chose remarquable, la nature des bains acides ou alcalins n'a pas paru avoir de l'influence sur la réaction des urines. Selon M. Reveil, leur plus grande alcalinité peut s'expliquer par une accélération dans les phénomènes de combustion physiologique.

L'auteur a pris des précautions spéciales pour constater la réaction des urines. Il s'est servi de deux liqueurs titrées, l'une alcalimétrique, l'autre acidimétrique, et a toujours examiné les urines avant le bain comme terme de comparaison. Voilà, selon lui, la raison des résultats différents obtenus par M. Willemin, qui n'a pas toujours pris soin de s'assurer de la réaction des urines avant le bain. Enfin, il y a après le bain une diminution de l'urée dont il faut chercher la cause dans l'absorption de l'eau ou dans un défaut d'assimilation.

En dernière analyse, M. Reveil après l'exposition de tant

d'expériences, résume ainsi l'objet principal de sa thèse : « L'absorption dans le bain ne s'effectue que dans des circonstances très-exceptionnelles et très-rares, elle n'a pas lieu dans les cas habituels ; le savonnage de la peau, les frictions prolongées, les corps irritants, et certains dissolvants la facilitent. » Cette conclusion nous paraît être l'expression rigoureuse des faits contenus dans ce travail, et je dirai plus, marque l'état actuel de nos connaissances sur l'absorption par la peau dans le bain.

Un fait important, au point de vue des applications à la thérapeutique et non formulé dans les conclusions, ressort, ce nous semble, des nombreuses et intéressantes recherches de M. Reveil. C'est que la peau comme toutes les membranes, dont le tissu est très-dense, se laisse plus facilement traverser par l'eau que par les substances salines ou autres en dissolution dans ce liquide. Cette opinion a été déjà émise par M. Homolle, dans un travail très-original sur l'absorption par le tégument externe, mais c'est à M. Reveil que revient le mérite de l'avoir étayée sur des preuves expérimentales directes.

D<sup>r</sup> J. ICARD.

## VARIÉTÉS.

### CAUSERIES DU MOIS.

*Suite de l'entretien précédent. — La nature prise sur le fait à l'Académie de médecine. — Mort de O. Reveil. — Les spécialités pharmaceutiques.*

J'ai rappelé, dans ma dernière *Causerie*, quelques spécimens de ces défis scientifiques accompagnés de promesses pécuniaires, dont certains médecins avaient et ont encore la manie, et qui n'aboutissent et ne peuvent aboutir qu'à des solutions nulles ou risibles. J'ignorais le plus magnifique échantillon de la série. La *Gazette médicale*, de Paris, me l'a

révélé dans son numéro du 27 mai dernier, et quand mon article était déjà revêtu du *bon à tirer*. Au risque d'encourir le reproche de servir du réchauffé, je ne puis résister à l'envie de le relater. Cela vaut seul un long poème comique.

La scène se passe à l'Académie impériale de médecine; on est en pleine discussion sur l'*aphasie*. MM. Velpeau et Bouillaud sont en scène. M. Velpeau commence :

« Il m'était venu une demi-envie de demander le prix proposé par M. Bouillaud, car j'ai un fait qui présente toutes les conditions exigées par notre collègue; mais je me suis rappelé l'anecdote de M. Delpech.

« Autrefois, on croyait à l'impossibilité de guérir les fractures du col du fémur sans difformité. Delpech proposa un prix de 2,000 fr. pour celui qui lui montrerait un seul cas de fracture du col du fémur guérie sans difformité; mais, à toutes les observations qu'on lui adressait, il opposait toujours quelque fin de non-recevoir. Un jour cependant, il fit insérer dans les journaux qu'il avait lui-même rencontré le fait extraordinaire qu'il cherchait, *et qu'en conséquence il s'était adjugé le prix!* Aussi, avant de présenter mon cas à M. Bouillaud, je désirerais qu'il me rappelât les conditions précises qu'il exige.

M. BOUILLAUD. — Quoique voisin de la Gascogne (géographiquement parlant), je suis tout disposé à donner le prix, si on le gagne. Je n'ai qu'un regret, c'est qu'il soit si modeste! Si j'étais dans la situation de M. Velpeau, je le décuplerais volontiers.

M. VELPEAU. — La somme ne fait rien à l'affaire. Du reste, mon intention, si je le gagne, n'est pas de le garder pour moi, mais bien d'en faire cadeau à la caisse de l'Association des médecins de la Seine.

M. BOUILLAUD. — J'ai dit, et je le répète encore, que je voulais qu'on me présentât un cas authentique dans lequel les lobes antérieurs du cerveau aient été sérieusement, profondément altérés avec conservation de la parole.

M. VELPEAU. — Dans mon observation, il s'agit d'un coiffeur *très-bavard* qui était entré dans mon service pour une incontinence d'urine et qui mourut presque subitement au bout de quelques jours, sans qu'on ait pu songer à au-

cune altération du cerveau. A l'autopsie, on trouva une tumeur grosse comme un œuf de poule qui occupait la plus grande partie des lobes antérieurs du cerveau. Assurément, si le législateur de la parole se trouve là, ce doit être un fameux gaillard pour avoir résisté à la présence d'une tumeur de cette espèce.

M. BOUILLAUD. — Si vous me rapportez un second fait semblable à celui-là (!!!), et de plus parfaitement authentique, je considérerai le prix comme gagné.

M. VELPEAU. — Vous m'objectez que mon fait n'est pas authentique!... — En somme, que les lobes antérieurs du cerveau soient ou non législateurs de la parole, ça m'est bien égal. Mais ce que je puis garantir, c'est la parfaite authenticité de ce fait, recueilli à l'hôpital par un de nos internes aujourd'hui membre de cette Académie.

M. DELPECH. — Cette observation a été recueillie par moi et la pièce présentée à la Société anatomique. Ce cas présente tous les caractères d'une parfaite authenticité.

M. BOUILLAUD. — Si M. Delpech a vu un pareil cas, il a vu un miracle! Quant à moi, je nie le fait, je le déclare impossible! Dites après cela que je suis fou, mais je n'admettrai jamais qu'une pareille lésion ait pu se produire sans la perte de la parole, sans même de trouble intellectuel.

M. VELPEAU. — Je n'ai qu'une réponse à faire à une pareille déclaration, c'est de lire l'observation, afin que l'Académie puisse juger.

Suit la lecture de l'observation. — M. VELPEAU continue :

— On le voit, ce fait est des plus nets, et de plus, il est très-authentique. M. Bouillaud m'étonnera beaucoup, s'il ne l'accepte pas comme tel.

M. BOUILLAUD. — Ce fait mérite la profonde obscurité dans laquelle il est resté si longtemps. C'est un fait qui ne pourrait jamais résoudre une question de ce genre. Si l'on me fait examiner un malade et qu'après avoir constaté le trouble de la parole, on me présente la lésion demandée... (*Vives réclamations.*) Je ne puis pourtant pas non plus renoncer aux 114 cas que j'ai cités à cette tribune, *tous faits authentiques* (!!) et qui démontrent qu'il est matériellement

et moralement impossible qu'une lésion du cerveau existe sans trouble fonctionnel.

M. VELPEAU. — Nous ne pouvons pas discuter, M. Bouillaud et moi, une question de ce genre. Je n'ai nullement la prétention de renverser la théorie de M. Bouillaud; nous pouvons le dire cependant: le cerveau est un organe si étrange, si complexe, si mal connu encore, qu'il y a quelque hardiesse à vouloir ainsi localiser telle ou telle faculté. Enfin, voilà un fait capital! On pourra, si l'on veut, le faire disparaître en disant qu'il ne prouve rien, et en demander un second à l'avenir.

M. BOUILLAUD. — Il est tout aussi impossible de comprendre des organes malades sans lésions fonctionnelles que des organes sans fonctions. Au surplus, je prie l'Académie de nommer une commission qui examinera si je dois considérer le prix comme gagné.

M. VELPEAU. — *Je savais bien que je n'obtiendrais pas le prix!*

\* \* \*

Pardon, lecteur, de vous avoir transcrit à peu près *in extenso* cette scène mémorable recueillie par le sténographe de la *Gazette médicale*, de Paris. La discussion sur l'aphasie nous a valu de savantes dissertations, d'éloquents discours, un splendide tournoi académique, en un mot, qu'a couronné dignement le *discours-ministre* de M. Cerise, le nouvel académicien. Il est vrai que si l'on soumet toutes ces belles choses à cette opération que Cicéron appelait l'*énucléation*, on n'en tire pas grand chose à se mettre sous la dent. La conclusion socratique de M. Cerise, c'est que le *problème tout entier est insoluble*.

Mon Dieu oui! comme tous les problèmes de cet ordre.

Mais c'est justement quand il agite ces questions surhumaines que l'esprit de l'homme donne les plus superbes témoignages de sa force; c'est à la poursuite de ces solutions impossibles qu'il fait ses plus riches trouvailles. La discussion académique est close, mais l'aphasie n'en reste pas moins à l'ordre du jour de la science. Que M. Bouillaud retire, s'il le veut, son prix de 500 fr.; cette prime n'est nul-

lement nécessaire à encourager les infatigables athlètes de la clinique et de l'amphithéâtre. Devrait-il en disposer, comme l'a insinué quelqu'un, pour fonder un prix décernable à celui qui mettra la main sur l'organe cérébral où se trouve localisé l'esprit de système? Je ne sais. En tout cas, il faut lui savoir gré de la jolie étude de mœurs scientifiques que son idée de prix nous a valu et qu'un maître de la scène eût été heureux de trouver et de donner au théâtre à l'époque où les médecins n'avaient point d'Académie donnant des représentations... pardon ! des séances publiques.

\*  
\* \*

Au lendemain de ces scènes divertissantes, un deuil inattendu, un de ces coups violents de la destinée qui causent une commotion douloureuse de stupeur, frappait le corps médical dans la personne d'un des membres les plus distingués de l'agrégation parisienne, M. O. Reveil.

Et comme pour ajouter la dérision à la brutalité cruelle de cette catastrophe, la mort saisissait Reveil non-seulement dans la force de l'âge et de la production intellectuelle, non-seulement par une agression que rien ne pouvait faire prévoir, mais au milieu d'une fête de famille, dans un de ces moments d'épanchement intime où l'âme s'ouvre tout entière à l'espérance, où des souhaits réciproques de longue et heureuse vie s'échangent entre des cœurs unis !

Mais laissons cette phraséologie banale. Ce n'est pas la mort qu'il faut accuser, c'est l'implacable loi du travail, cette nécessité de fer et de feu qui marque de son sceau fatal les intelligences d'élite de notre temps et leur crie incessamment : marche ! marche ! c'est-à-dire agis, cherche, lutte, *travaille*, travaille encore, travaille toujours ! Pour tenir bon, il faut être aussi de feu, aussi de fer. Mais, hélas ! un souffle trop brusqué sur la flamme, une *paille* dans le métal, et tout est fini, et Reveil s'en va tenir compagnie à Gratiolet !

Reveil avait passé, dix jours seulement avant sa mort, sa thèse de docteur-ès-sciences par-devant notre Faculté de Lyon. Encore un triomphe pour lui. Ce devait être le der-



nier. Qui sait si la préparation à cette solennelle épreuve, préparation pour laquelle il prenait sur le sommeil de ses nuits, se mettant régulièrement au travail dès quatre heures du matin, n'a pas contribué à préparer sourdement le malheur que nous déplorons?

\*  
\* \*

On ne peut être médecin et ignorer les travaux de Reveil. Son *Traité de l'art de formuler*, publié en collaboration avec M. Troussseau, est un *vade-mecum* indispensable du praticien. Sa *Flora médicale et usuelle du XIX<sup>e</sup> siècle*, en six volumes, devrait être entre les mains de tous les médecins de campagne et de tous les pharmaciens. Par malheur, c'est un livre aussi cher qu'il est bon.

Reveil s'est toujours, et avant tout, souvenu qu'il était un pharmacien et que le pharmacien de bonne race, — celle qui a fourni à la science des hommes tels que Scheele, Baumé, Braconnot, Soubeiran, Dumas, etc., — est l'adversaire né de cet industriel que Guy-Patin avait caractérisé : *animal bene faciens partes et lucrans mirabiliter*, et qu'il osait nommer l'apothicaire.

Oui, l'apothicaire, en tant que hâbleur, batteur de caisse, prôneur impudent de panacées, remèdes secrets, de recettes puériles décorées de noms pompeux, l'apothicaire fabricant et débitant de *spécialités*, en un mot, était son ennemi, et malheur à celui qui lui tombait sous la main ! Il faut voir, dans son *Formulaire des médicaments nouveaux et des médications nouvelles*, comme il s'entend à ces exécutions scientifiques ! Aussi, pour s'être frotté à certaine herbe calmante de l'Auvergne, ou plutôt pour l'avoir frottée un peu trop vivement, a-t-il dû supprimer la première édition de son livre ; l'herbe calmante menaçait de se couvrir de feuilles... de papier timbré....

\*  
\* \*

Depuis qu'il n'est plus et que nous savons sa vie de labeur assidu, acharné, nous comprenons mieux cette horreur de Reveil pour le remède secret et la *spécialité* pharmaceuti-

que. Non-seulement ce sont le plus souvent d'insignes menteurs qui dupent à la fois le médecin et le malade; mais, à ses yeux, ils avaient le tort suprême d'être des appâts tendus à la paresse, à cette incurable inertie de l'esprit humain, toujours prête à accepter le fait accompli, l'opinion toute faite, la drogue toute cuisinée.

Pourquoi les spécialités ont-elles tant de vogue auprès du *vulgus* médical? Parce qu'elles lui épargnent un effort d'intelligence et le mettent complaisamment à même de se soustraire au sévère précepte de Gaubius : *Medicus, vir prudens, præscribat nihil, nisi cujus suffecientem queat rationem reddere cum requiritur*.

On se retranche derrière la vétusté du *Codex* et le fouillis contradictoire des *formulaire*s. Mauvaise excuse! car il y a de bons *formulaire*s, et en première ligne celui de Reveil. Bientôt heureusement ce semblant de défaite n'aura plus de raison d'être, lorsque le *codex*, ayant fait peau neuve, réapparaîtra enrichi de toutes les conquêtes modernes.

Dr ASTIER.

---

## NOUVELLES.

---

M. le docteur Janson, ancien chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, ancien professeur à l'Ecole de médecine de Lyon, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

M. le docteur Jourdan, professeur et doyen de la Faculté des sciences, a été également nommé officier de la Légion d'honneur.

Le maire et le conseil municipal de Bordeaux ont voté une somme de 2,000 fr. pour faire face aux dépenses occasionnées par le Congrès médical qui doit s'ouvrir le 2 octobre prochain dans cette ville.

Le directeur du Comité, gérant,  
**GAILLETON.**

---

Lyon. — Impr. d'Aimé VINGTANIER.

---

**TRAVAUX ORIGINAUX.**

---

**ÉTUDE SUR LA POLYSTÉATOSE VISCÉRALE.**

Par M. le docteur PERROUD.

*(Lue à la Société des sciences médicales.)*

---

Nous désignons sous le nom de *polystéatose viscérale* une altération graisseuse plus ou moins avancée, frappant à la fois les principaux viscères et de préférence le foie, les reins et le cœur.

Cette triple dégénérescence a été signalée dans un certain nombre de maladies aiguës ; on l'a étudiée dans ce groupe d'affections connues sous le nom d'*ictères graves*, dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, dans quelques cas de fièvres typhoïdes très-malignes, etc., etc. Nous l'avons nous-même rencontrée dans des maladies très-différentes, et nous avons pensé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de rapprocher ces faits divers et de reconstituer l'histoire de la *polystéatose viscérale*, en étudiant les différentes circonstances qui peuvent favoriser le développement de cette altération et les troubles fonctionnels divers qu'elle peut occasionner.

Notre travail est divisé en trois paragraphes ; le premier indique très-rapidement les caractères anatomiques propres à faire reconnaître l'état graisseux dans le foie, dans les reins et dans le cœur ; dans le second, nous étudions la stéatose viscérale dans les maladies aiguës (pyrexies ou inflammations) et les maladies chroniques ; enfin nous cherchons, dans le troisième, à tirer des conclusions de la comparaison des différents faits que nous avons observés.

AOÛT 1865.

TOME IV. — 6.

## I.

Nous prenons le mot *stéatose* dans son acception la plus large comme synonyme des deux mots *état graisseux*. Dès lors, nous sommes conduit à admettre deux espèces de stéatose : une stéatose par *surcharge adipeuse*, et une stéatose par *infiltration graisseuse*.

La *surcharge adipeuse* consiste en une accumulation anormale de vésicules adipeuses dans les mailles du tissu conjonctif. Cette accumulation peut se faire soit dans le tissu conjonctif sous-cutané, soit dans celui qui entoure les viscères, soit même dans celui qui infiltre leur parenchyme. Le plus souvent, c'est dans l'épiploon et entre les deux feuillettes des différents mésentères que l'on rencontre les amas les plus considérables de tissu graisseux ; l'atmosphère celluleuse périrénale est aussi un des lieux d'élection de l'hyperménose adipeuse ; enfin les reins et le cœur sont les viscères dont le parenchyme est le plus souvent surchargé de cellules de graisse ; ces cellules se développent dans le cœur entre les fibres musculaires, et dans les reins entre les pyramides de la substance tubuleuse ; elles sont ainsi placées dans l'organe très-visiblement au microscope, entre ses éléments anatomiques propres qu'elles peuvent atrophier plus ou moins par compression, et dans ces points, elles forment souvent des amas assez volumineux pour être facilement distingués et reconnus à l'œil nu.

L'*infiltration graisseuse* consiste en la présence de gouttelettes d'huile dans les éléments anatomiques eux-mêmes. Cette seconde espèce de stéatose diffère donc anatomiquement de la première par la nature du produit accidentel et par le siège de ce produit ; dans le premier cas, ce sont des cellules adipeuses, c'est-à-dire des éléments histologiques qui sont intercalés entre les éléments histologiques propres de l'organe ; dans le second cas, c'est un simple produit immédiat qui infiltre les éléments anatomiques eux-mêmes, dans l'intérieur desquels il se trouve placé.

L'*infiltration graisseuse* est facile à reconnaître au mi-

croscopie, et lorsqu'elle est assez avancée, elle modifie les divers parenchymes de telle façon qu'elle devient facile aussi à reconnaître à l'œil nu ; examinons donc rapidement ses différents caractères dans le foie, dans les reins et dans le cœur.

*A. Infiltration graisseuse du foie.* — Lorsque l'altération est peu avancée, le microscope démontre la présence de granulations graisseuses dans les cellules hépatiques ; ces granulations, d'abord très-fines et en petit nombre, se groupent autour du noyau qu'elles masquent quelquefois complètement ; puis, à mesure que progresse l'altération, elles se fusionnent, deviennent plus larges et forment de véritables gouttelettes huileuses. La cellule hépatique se modifie dans sa forme, de polyédrique elle devient sphérique, elle perd ses fonctions, on la voit plus ou moins s'altérer ; son noyau s'atrophie, et elle finit par se rompre et périr, laissant en liberté, sous forme de nappes huileuses plus ou moins considérables, les produits graisseux dont elle était infiltrée.

Cette altération des cellules commence à la périphérie du lobule et progresse de la surface au centre, c'est-à-dire des points alimentés par la veine-porte aux points où sont ramifiées les radicules des veines sus-hépatiques.

Lorsque l'infiltration graisseuse est assez avancée pour devenir visible à l'œil nu, elle se manifeste d'abord par une coloration jaunâtre de la périphérie du lobule hépatique, de sorte que la coupe du foie présente une foule de petites arborisations jaune pâle, finement dessinées sur un fond rougeâtre et plus foncé. Ces arborisations sont plus ou moins serrées et donnent à la coupe de l'organe l'aspect de certains granits veinés d'une manière serrée et régulière.

Plus tard, le foie présente une coloration uniforme qui rappelle celle du beurre frais, mais qui peut être plus ou moins foncée par la présence de la bile. La coupe de l'organe est uniforme aussi, les lobules y sont souvent moins nettement dessinés qu'à l'état normal ; elle graisse le papier ou le scalpel, enfin elle présente au toucher une sensation savonneuse, et elle donne à la pression un suc ma-

nifestement huileux; caractères bien suffisants pour faire reconnaître l'état graisseux du foie sans le secours du microscope.

B. *L'infiltration graisseuse des reins* a la plus grande analogie avec celle du foie; on constate au microscope, dans les reins graisseux comme dans le foie, l'accumulation de granulations huileuses dans les cellules rénales autour de leur noyau, la multiplication de ces granulations, leur fusionnement en gouttelettes d'huile, l'atrophie consécutive et le déchirement de la cellule, et finalement la présence, dans les tubes urinipares, de produits graisseux, de noyaux libres et de débris de cellules.

L'altération débute ordinairement dans les tubuli de la substance corticale, où elle respecte les glomérules, puis elle envahit les tubuli de la substance médullaire.

A l'œil nu, les reins paraissent décolorés, mais leur pâleur n'est pas celle de l'anémie; c'est une pâleur jaunâtre qui rappelle la coloration de la graisse; la coupe de l'organe tend à revêtir cette uniformité d'aspect que nous avons déjà vue dans le foie gras; les stries formées par les tubes urinipares deviennent moins évidentes, enfin la substance corticale, augmentée de volume, semble empiéter sur la substance tubulaire comme atrophiée.

C. *L'infiltration graisseuse du cœur* est caractérisée par la présence de granulations de graisse dans l'intérieur de la fibre musculaire.

Ces granulations sont, dans le début, ordinairement placées symétriquement, dans la direction des stries longitudinales de la fibre primitive. A mesure que l'altération progresse, on voit augmenter le nombre des granules graisseux et disparaître en même temps les stries de l'élément musculaire; les stries transversales disparaissent d'abord; ce n'est qu'à un degré plus avancé du mal que disparaissent les stries longitudinales; la fibre musculaire, dont le sarcolemme reste sain, est alors transformée en un tube transparent rempli d'un contenu granulo-graisseux semi-fluide. Si l'on vient à déchirer la fibre ainsi altérée, le contenu graisseux s'épanche en liberté dans la préparation

microscopique, et le sarcolemme apparaît sous forme d'une gaine hyaline plus ou moins vide et plissée en différents sens.

Lorsque l'infiltration graisseuse du cœur a atteint un certain degré, elle se traduit à l'œil nu par des signes faciles à reconnaître. •

Le cœur est pâle; sa couleur se rapproche de la teinte jaune claire qui appartient à la graisse. La fibre musculaire profondément altérée ne présente pas de rigidité cadavérique; l'organe est mou, flasque, sans soutien; posé sur une table, il tend à s'étaler sous l'influence de son propre poids, ce qui, au premier abord, dans quelques cas, pourrait faire croire à une sorte d'augmentation de volume; il n'en est rien cependant, le cœur a toujours plus ou moins perdu de son poids, lorsque l'infiltration graisseuse est simple et non compliquée de surcharge de graisse.

Les parois de l'organe sont amincies, les cavités sont un peu augmentées par suite de cet amincissement; le tissu musculaire très-friable se laisse déchirer facilement et pénétrer par le doigt; enfin la surface de la déchirure est irrégulière, présente un toucher manifestement savonneux et peut même graisser le papier.

Nous avons observé dans le cœur une altération particulière qu'on pourrait appeler la *xanthose du cœur*, et qu'il serait facile de confondre, à un examen superficiel, avec l'infiltration graisseuse; la xanthose cardiaque est, en effet, caractérisée à l'œil nu par une coloration jaunâtre de l'organe, et au microscope par la présence de produits granuleux dans la fibre musculaire; mais cette coloration jaune de la xanthose est moins pâle et moins uniforme que celle de l'état graisseux; les granulations qui infiltrent l'élément musculaire ne présentent pas les caractères des granulations graisseuses; elles sont d'un jaune doré, non régulièrement arrondies, mais un peu allongées, suivant l'axe du faisceau primitif dont elles occupent le centre, jamais en nombre très-considérable; nous avons rencontré la xanthose du cœur surtout chez des sujets âgés asystoliques, et dont le cœur ainsi que les principaux viscères étaient fortement hyperémiés de sang veineux. Ceci nous porte à re-

garder ces granulations comme des produits hématiques. La fibre musculaire est moins altérée dans la xanthose que dans l'altération graisseuse, elle conserve toujours ses deux ordres de stries.

## II.

### OBSERVATIONS DIVERSES DE STÉATOSE VISCÉRALE MULTIPLE.

OBSERVATION I. — *Infiltration graisseuse aiguë du foie, des reins et du cœur. — Ictère hémaphéique. — Etat typhoïde. — Mort.*

J.-B. T..., de St-Paul-en-Jarret, ouvrier houillier depuis douze ans, entre, le 23 octobre 1861, à l'Hôtel-Dieu de Lyon, dans la salle clinique des hommes, n° 16 (service du professeur Devay).

Cet homme, âgé de 54 ans, est d'une médiocre constitution ; cependant il n'a que rarement été malade. Il y a sept ans, il eut un ictère bénin et de très-courte durée.

Il y a quatre mois, un nouvel ictère se manifesta, mais il fut sans gravité, et T... put continuer son travail.

Il y a six semaines, survinrent quelques douleurs abdominales qui furent soulagées par un purgatif salin, sans disparaître complètement. Bientôt après apparut de l'ictère et se manifestèrent des vomissements provoqués surtout par l'ingestion des aliments ; à ces accidents se joignit, il y a quinze jours, de l'œdème des membres inférieurs. Le malade se décide alors à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque (23 octobre 1861), on constate un ictère généralisé ; la peau est d'un jaune verdâtre très-foncé ; sur les joues, sur la partie antérieure du thorax et en quelques points des parois abdominales, on aperçoit des marbrures ecchymotiques et des taches irrégulières et d'étendue variable offrant une teinte rouge violacée qui résiste à la pression.

Œdème considérable des membres inférieurs et des parois abdominales ; pas d'ascite.



L'hypochondre droit est indolent : le foie ne déborde pas le rebord des fausses côtes, et son bord supérieur s'avance un peu au-dessus du mamelon ; pas de douleur à l'épaule droite.

Langue large, conservant les empreintes des dents, humide mais un peu sale. Anorexie ; estomac dilaté par des gaz.

Abdomen indolent ; fèces décolorées. Les urines, d'un vert foncé, ne donnent pas de dépôt albumineux par l'acide nitrique, mais prennent une teinte verte très-prononcée sous l'influence de ce réactif.

Quelques râles muqueux à la base du poumon gauche. Un peu de toux.

Pouls régulier à 48 pulsations par minute. Semi-prostration ; assoupissement continu ; intelligence obtuse.

Eau de Vichy ; quina ; toniques amers.

Le 11 novembre, la teinte ictérique est encore plus prononcée ; les ecchymoses cutanées sont plus nombreuses, surtout à la face.

L'anasarque a gagné les parois thoraciques et les membres supérieurs.

Le pouls est toujours aussi lent. Le malade reste plongé dans la même somnolence, dont on ne le tire qu'incomplètement et avec peine en le pressant de questions.

Les urines n'ont pas été examinées de nouveau.

La mort survient le 14 novembre sans que le malade soit sorti de sa torpeur.

*Autopsie.* — Cadavre très-infiltré. La peau conserve sa teinte ictérique et présente les mêmes taches violacées que pendant la vie ; ces taches sont de véritables ecchymoses, ainsi que le démontrent les incisions cutanées que l'on pratique à leur niveau.

Les séreuses, surtout les deux plèvres, le péricarde et le péritoine contiennent une assez grande quantité de sérosité d'un jaune foncé ; ces membranes, du reste, ne sont nullement altérées.

Le foie est très-peu diminué de volume ; de nombreuses adhérences fibreuses complètement organisées, traces pro-

bables d'inflammations antérieures, attachent solidement sa face antérieure aux parois abdominales.

L'organe présente à sa superficie quelques marbrures ecchymotiques, et à la coupe, il laisse voir, dans la majeure partie de son étendue, une surface d'un jaune chamois uniforme, graissant le scalpel, d'un toucher savonneux, et se laissant, plus facilement qu'à l'état normal, pénétrer par le doigt. Dans les points qui sont moins altérés, la transformation jaune est moins uniforme, elle se dessine sur un fond d'un rouge très-sombre, en un réseau à mailles serrées et inégales, qui donne à la coupe du foie l'aspect de certains granits.

La vésicule du fiel contient une petite quantité de bile jaunâtre.

Le microscope démontre, dans les parties rougeâtres du tissu hépatique, une hyperémie considérable et même la présence, en dehors des capillaires, de quelques granules d'hématosine; les cellules du foie ont leurs dimensions normales, mais quelques-unes sont uniformément teintées de rouge brun par la matière colorante du sang. Dans les parties jaunâtres du tissu hépatique, on rencontre une grande quantité de gouttelettes huileuses libres ou renfermées dans les cellules dont elles modifient la forme et dont elles ne permettent pas d'apercevoir le noyau.

Les reins sont très-hyperémiés et notablement augmentés de volume; à la coupe, ils laissent suinter une grande quantité de sang, et leur tissu paraît à l'œil nu manifestement grasseux et coloré en jaune à la fois par la bile et par le fait de la stéatose dont il est frappé; cette altération est beaucoup plus prononcée sur la substance corticale que sur la substance tubulaire, laquelle semble comme atrophiée et étouffée par le développement anormal qu'a pris la substance corticale et les prolongements qu'elle envoie entre les pyramides de Malpighi. La pression fait soudre des calices un liquide blanchâtre puriforme dans lequel le microscope démontre une grande quantité de cellules épithéliales la plupart grasses.

Les tubes urinaires ont leurs parois tout à fait saines, mais les cellules qui les tapissent intérieurement sont toutes

infiltrées de granulations de graisse et sont pour la plupart entassées irrégulièrement dans l'intérieur du tube urinaire, mélangées à une grande quantité de débris de cellules, de granulations graisseuses et de noyaux épithéliaux libres.

Les capsules surrénales sont saines; la rate a son volume et sa consistance normale; elle présente à sa surface de nombreuses plaques fibreuses, et elle est fixée aux parties voisines par des adhérences solides et anciennes.

Les intestins sont un peu hypérémisés; leurs parois sont légèrement œdématisées. Les glandes de Peyer sont intactes.

Les ganglions mésentériques sont engorgés et varient entre le volume d'une noisette et celui d'une amande.

Le cœur est mou et décoloré; ses parois sont amincies et se laissent facilement pénétrer par le doigt. Examinées au microscope, les fibres musculaires ont perdu leur aspect strié normal et renferment un contenu granulo-graisseux qui s'échappe facilement du sarcolemme par les déchirures que l'on fait à cette enveloppe. Les cavités paraissent agrandies et contiennent un sang fluide en médiocre abondance; leur surface interne est teinte en rouge vineux par imbibition de l'hématosine; cette teinte résiste en grande partie au lavage.

Les poumons crépitent tous les deux, mais ils sont fortement infiltrés de matières charbonneuses dans toute leur étendue, ce qui leur donne une coloration noire foncée uniforme; l'eau dans laquelle on lave un morceau de ces organes prend aussitôt la même coloration et tache le papier comme le ferait une solution d'encre de Chine.

OBS. II. — *Alcoolisme. — Tremblement des membres supérieurs. — Faiblesse relative des membres du côté droit. — Diminution très-grande de l'intelligence. — Léger ictère. — Ancien ramollissement du corps strié gauche. — Etat graisseux du foie, des reins et du cœur.*

J... B..., né en Savoie, charpentier à Lyon, entre le 13 janvier 1863 dans le service de M. Chappet, salle St-Bruno, n° 90, à l'Hôtel-Dieu.

Cet homme est âgé de 54 ans, il est bien musclé, il paraît être d'une forte constitution et présente cette face enluminée propre aux buveurs de profession; il nie cependant, assez modérément du reste, avoir fait abus des boissons alcooliques.

L'intelligence est très-bornée, le malade regarde d'un air hébété les personnes qui l'entourent, il fait attendre ses réponses et ne les donne jamais d'une manière précise. Pas d'altération des fonctions des organes des sens.

Tremblement continu des deux membres supérieurs; ce tremblement n'est pas plus intense d'un côté que de l'autre; il persiste même en dehors de tout mouvement volontaire, et il ne se fait pas sentir dans les membres inférieurs.

Les membres ne sont pas paralysés, mais ils paraissent plus faibles que normalement, surtout à droite. Le malade ne sort pas du lit, il n'est pas venu à pied à l'hospice.

Il se plaint très-fort de souffrir beaucoup, mais sans préciser les points douloureux et comme quelqu'un qui n'a pas la plénitude de son intelligence. Il ne peut nous donner aucun renseignement sur ses antécédents ni sur les commémoratifs de sa maladie.

Pouls légèrement accéléré; léger ictère; fonctions digestives paresseuses. Le malade s'affaiblit de plus en plus, et la mort survient le 16 janvier 1863.

*Autopsie.* — Cadavre fortement musclé, non amaigri, sans putréfaction. Teinte sub-ictérique générale.

Les méninges sont saines, à l'exception de l'arachnoïde qui est épaissie et opaline dans toute la partie qui correspond à la surface supérieure des deux lobes cérébraux; elle présente dans ces points de nombreuses adhérences avec la pie-mère sous-jacente.

Pas de sérosité sous-arachnoïdienne; les vaisseaux des méninges et de la masse encéphalique ne sont pas altérés.

Le cerveau présente, au niveau du corps strié gauche, un ramollissement jaunâtre qui a détruit la moitié antérieure de l'organe, laissant intact l'insula de Reil et les circonvolutions cérébrales voisines.

Un peu de liquide dans les ventricules. On trouve dans le

ventricule latéral trois ou quatre petits kystes séreux, de la grosseur de grains de chenevis et appendus à la toile choroïdienne.

Le foie est augmenté de volume, il est, à la surface aussi bien qu'à l'intérieur, d'un jaune d'ocre. Sa coupe est lisse, homogène, d'un toucher savonneux; son tissu, plus friable que normalement, se laisse facilement pénétrer par le doigt. Les cellules hépatiques sont infiltrées d'une grande quantité de graisse à l'état de l'état de larges gouttelettes.

Les voies biliaires sont saines; les veines sus-hépatiques ne contiennent qu'un sang fluide peu coloré et en médiocre quantité.

Les deux reins sont un peu volumineux; ils ont une couleur jaune claire et sont manifestement gras. Leur tissu est mou et sans soutien, de sorte que lorsqu'on place l'organe sur une table, il s'affaisse sur lui-même sous l'influence de son propre poids.

Pas d'altération de la capsule fibreuse, ni du tissu conjonctif parenchymateux.

Capsules surrénales saines. La rate présente quatre fois environ son volume normal; elle est très-molle, très-friable et contient une grande quantité de boue violacée.

Le cœur n'est pas surchargé de graisse, mais il est flasque et plus pâle que normalement; son tissu se laisse facilement entamer par le doigt et a un toucher gras.

Les fibres musculaires présentent une dégénérescence grasseuse très-avancée et semblent avoir disparu en grande partie, si l'on en juge par l'amincissement très-évident des parois ventriculaires.

Le péricarde pariétal est sain; mais le feuillet viscéral est épaissi et présente en quelques points des plaques fibreuses d'aspect nacré, traces évidentes d'une ancienne inflammation.

Poumons sains, rares et anciennes adhérences pleurales à gauche.

Un peu de surcharge grasseuse de l'épiploon et des mésentères.

OBS. III. — *Alcoolisme. — Dégénérescence graisseuse du foie avec sclérose. — Etat graisseux des reins et du cœur. Ictère. — Pneumonie adynamique. — Mort.*

J.-B. D..., né à Chàlon-sur-Saône, demeurant à Lyon, entre le 8 décembre 1862 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Chappet, salle St-Bruno, n° 47.

Cet homme a 61 ans; il est très-amaigri, et sa constitution paraît profondément altérée; il est concierge et avoue se livrer habituellement à la boisson.

Depuis trois semaines il tousse; cette toux est indolente, sans dyspnée, et provoque l'expectoration de quelques crachats muqueux. Dans les deux poumons, on entend des râles muqueux et des râles sonores; pas de matité thoracique, pas d'expiration prolongée ni de fièvre.

Depuis quinze jours seulement, le malade se plaint de mal digérer, il a perdu son appétit; les digestions sont lentes et s'accompagnent souvent de ballonnement du ventre, de rapports nidoreux et de vomissements muqueux. Selles rares.

Un peu d'ascite. Œdème des extrémités inférieures. Douleur à la palpation dans l'hypochondre droit; la matité hépatique a diminué d'étendue. Teinte sub-ictérique des téguments. Urines foncées et manifestement ictériques.

Faiblesse générale; amaigrissement.

L'état du malade s'aggrave de plus en plus; l'ascite et l'anasarque augmentent, les intestins sont continuellement très-distendus par des gaz. Enfin survient une pneumonie double adynamique, et J.-B. s'éteint le 5 janvier 1863 dans l'adynamie et le marasme.

*Autopsie.* — Le péritoine n'est pas altéré et contient vingt litres environ de sérosité ictérique. Quoique le sujet soit profondément amaigri, on constate néanmoins entre les deux feuillets du mésentère une couche uniforme de tissu adipeux d'un centimètre et demi environ d'épaisseur.

Le tube digestif est sain.

Le foie est réduit à un tiers de son volume normal; sa

surface est rendue inégale par la présence d'une multitude de petites nodosités variant entre la grosseur d'un pois et celle d'un grain de chenevis ; à la coupe, le tissu hépatique n'offre pas de teinte ictérique, mais a un aspect différent dans le lobe droit et dans le lobe gauche.

Dans le lobe droit, qui est manifestement plus atrophie que le gauche, on trouve une cirrhose à gros grains ; le tissu conjonctif interlobulaire est considérablement hypertrophié et étrangle les lobules dont les cellules sont toutes infiltrées de graisse à des degrés variables et sont en grand nombre atrophiees.

Le lobe gauche a une coupe rosée, non granuleuse, mais assez uniforme ; sur cette coupe, le tissu conjonctif interlobulaire très-hypertrophié forme un réseau fibreux dans les mailles duquel on trouve infiltrée une substance caséuse composée de produits granulo-grasieux en grande quantité, de cellules hépatiques en voie de régression grasseuse, de noyaux libres et de quelques corps fusiformes.

Les deux reins sont tous les deux très-pâles et ont un aspect et un toucher grasieux ; la substance corticale, augmentée de volume, est surtout le siège de cette altération très-visible à l'œil nu et que confirme l'examen micrographique.

Le cœur est mou et flasque, il s'étale sur la table par son propre poids ; son tissu est très-pâle, friable et savonneux au toucher. Les fibres primitives ont perdu leurs stries transversales et présentent un grand nombre de granulations grassieuses qui sont disposées suivant la direction des stries longitudinales.

Le sang contenu dans les quatre cavités est fluide et peu abondant.

Les poumons fortement colorés en noir par de la matière charbonneuse, sont très-engoués, mais crépitent encore et surnagent.

---

OBS. IV. — *Dégénérescence graisseuse du foie, du cœur et des reins. — Calculs des voies biliaires. — Altérations multiples des voies urinaires, consécutives à la présence de tumeurs utérines. — Pneumonie suppurée. — Mort.*

F. C..., du département de la Haute-Saône, blanchisseuse à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu le 28 février 1863 dans la première salle des femmes, n° 21.

Elle raconte qu'elle n'est plus réglée depuis onze ans ; elle se serait habituellement bien portée jusque dans ces derniers temps ; mais il y a dix mois, sans cause connue, elle éprouva de vives douleurs dans les reins et dans le bas-ventre avec une grande faiblesse des membres inférieurs.

Cet état dura plusieurs mois, en s'accompagnant d'une soif très-intense (la malade buvait jusqu'à 4 ou 5 litres par jour), puis survinrent des vomissements, une diarrhée abondante et très-rebelle, de l'amaigrissement et de la perte des forces ; ces accidents engagèrent Françoise C... à entrer une première fois à l'Hôtel-Dieu ; elle en sortit dans un bien meilleur état il y a un mois et demi, mais le mieux ne se maintenant pas, elle se décide à venir de nouveau à l'hospice.

A son entrée, elle se plaint d'une constipation opiniâtre avec anorexie et ballonnement du ventre ; l'hypogastre est le siège d'une tumeur dure et indolente.

Douleur vive et profonde dans la fosse iliaque droite, un peu au-dessous de la région hépatique. Le foie ne dépasse pas le rebord des fausses côtes.

Langue sèche, fièvre légère, amaigrissement très-prononcé. Etat cachectique. Faiblesse générale.

Le 16 mars, sans cause appréciable, surviennent quelques frissons ; la fièvre s'allume, et il se déclare une vive douleur avec dyspnée dans le côté gauche de la poitrine,

Matité dans la partie moyenne du poumon gauche. Souffle bronchique en ce point. Pas d'expectoration.

Le 20 mars, état adynamique ; mort.



*Autopsie.* — Cadavre médiocrement rigide, amaigri, non infiltré. Légère teinte sub-ictérique des téguments.

Les deux poumons sont très-emphysémateux dans leur partie supérieure et antérieure.

A gauche, la moitié inférieure du lobe supérieur est creusée d'une cavité d'une capacité à loger une petite orange et remplie d'un pus sanguinolent, mal lié, mais non fétide. Les parois de cette cavité sont irrégulières et hérissées de lambeaux pultacés de tissu pulmonaire, sans odeur de gangrène. Autour de ce foyer purulent, le parenchyme du poumon présente une première zone hépatisée, friable, non crépitante et d'un rouge grisâtre; en dehors s'étend une seconde zone œdémateuse, plus large que la première, et qui donne à la coupe, et sous l'influence d'une pression modérée, une sérosité sanguinolente très-finement et très-médiocrement spumeuse; le tissu pulmonaire ainsi exprimé est un simple collapsus et ne présente aucune trace d'altération de nutrition.

Dans le poumon droit, on trouve, au niveau de la partie inférieure du lobe moyen, un petit foyer purulent de la grosseur d'une noix et semblable, du reste, à celui du côté opposé.

Traces d'inflammation récente sur la plèvre gauche, au niveau de l'abcès pulmonaire; en ce point, les deux feuillets pleuraux sont dépolis, congestionnés et légèrement réunis par de la lymphe plastique à l'état semi-liquide, gommeux.

Le cœur est peu volumineux; ses parois sont amincies et son tissu est mou, décoloré, sans fermeté et très-friable. Les fibres musculaires ont perdu leurs stries, elles sont remplies d'un contenu semi-fluide granulo-grasieux qui s'échappe du sarcolemme, si l'on vient à le déchirer, si bien qu'il arrive de rencontrer dans la préparation cette enveloppe complètement vide sous forme d'une gaine hyaline diversement plissée et contournée sur elle-même.

Le sang contenu dans les quatre cavités est fluide, peu abondant et peu coloré.

Le foie est d'un jaune d'ocre uniforme; le lobe gauche très-atrophie est réduit à un petit appendice de 4 à 5 centimètres de long seulement. La coupe de l'organe est ho-

mogène et onctueuse au toucher. Les cellules parenchymateuses sont remplies de granulations et de larges gouttes huileuses qui leur donnent une forme arrondie et masquent leur noyau. Nombreuses gouttes graisseuses libres dans la préparation. Pas d'hypertrophie de la trame conjonctive.

Le canal cystique est oblitéré par un calcul ; la vésicule du fiel est revenue sur elle-même et contient une petite quantité de mucus blanchâtre. Le canal hépatique et ses ramifications sont sans altération et contiennent un peu de bile jaunâtre.

Rate normale.

L'utérus forme une tumeur inégalement arrondie, bosselée, dure et qui remplit tout le petit bassin en comprimant les organes qu'il contient. Cet accroissement de volume de la matrice est dû à la présence, dans l'épaisseur de ses parois, de quatre productions fibreuses qui varient entre la grosseur d'une noisette et celle du poing ; la plus volumineuse renferme plusieurs noyaux calcaires qui témoignent de son ancienneté.

Les deux reins sont moins volumineux qu'à l'état normal, par suite d'une atrophie très-prononcée qui porte principalement sur la substance tubuleuse. Les calices, les bassinets et les uretères sont très-dilatés, leurs parois sont épaissies, la muqueuse qui les tapisse est rouge, bourgeonne dans presque toute son étendue et est enduite d'un pus crémeux de bonne apparence que l'on trouve en abondance, surtout dans les bassinets.

Le tissu rénal est décoloré ; un fragment pris dans la substance corticale donne à l'eau dans laquelle on le lave un aspect louche et lactescent qui est dû à la grande quantité de matières granulo-graisseuses qui y demeurent en suspension. Les cellules qui tapissent les tubes urinipares sont gorgées de gouttelettes huileuses ; un grand nombre sont atrophées ou dissoutes et réduites à leur noyau ; les produits de cette dégénérescence remplissent les canalicules des reins et s'en échappent facilement, lorsque ceux-ci viennent à être déchirés dans la préparation.

OBS. V. — *Etat puerpéral. — Pleuro-pneumonie adynamique à droite. — Dégénérescence graisseuse du foie, du cœur et des reins. — Mort.*

Marie J..., faiseuse d'orgues à Lyon, entre le 7 janvier 1863 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Devay, salle de la clinique médicale, n° 8.

Cette femme, âgée de 33 ans, n'a jamais été gravement malade; elle a eu cinq bonnes grossesses; ce n'est que depuis trois mois, à la suite de sa dernière couche, que sa santé a été compromise. Depuis cette époque, une toux sèche et quinteuse, des transpirations abondantes et des troubles digestifs ont considérablement diminué ses forces.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, la malade présente une teinte sub-ictérique générale des téguments et des sclérotiques.

La respiration est fréquente, haute et pénible, accompagnée de râles muqueux dans les deux poumons, de souffle bronchique et de retentissement de la voix à droite et en bas. Expectoration difficile de quelques crachats jus de pruneaux, non aérés et très-visqueux. Point thoracique à droite.

Fièvre assez vive; faiblesse générale; langue demi-sèche; soif intense; anorexie.

On entend un souffle cardiaque au premier temps et à la pointe, surtout à gauche.

L'état de la malade s'aggrave rapidement, malgré l'administration de toniques et d'excitants de diverses natures. Les crachats continuent à être visqueux et sanguinolents; les troubles respiratoires s'aggravent, l'adynamie survient et la mort arrive le 24 janvier 1863, à la suite d'un état de somnolence semi-comateuse qui dura trois jours.

*Autopsie.* — Cadavre rigide, très-amaigri, légèrement infiltré vers les pieds et présentant une coloration sub-ictérique générale.

Le poumon gauche est seulement un peu emphysémateux en avant. La plèvre gauche est sans altération.

A droite, la plèvre contient deux litres de sérosité trans-

parente, mais légèrement colorée par la bile; elle est épaissie dans toute son étendue et tapissée dans ses deux tiers inférieurs de fausses membranes purulentes, friables, et que l'on peut facilement détacher par petits lambeaux. Ces pseudo-membranes se montrent non-seulement sur la plèvre costale et médiastine, mais encore sur la plèvre diaphragmatique et sur la plèvre pulmonaire interlobaire. Le diaphragme et son feuillet péritonéal ne présentent aucune trace d'inflammation.

Le poumon droit est en collapsus dans tout son lobe supérieur; les deux lobes inférieurs sont hépatisés, friables, non crépitants, ne surnagent plus et présentent quelques noyaux apoplectiques.

Le cœur est un peu hypertrophié, son tissu est pâle, plus friable qu'à l'état normal; le microscope démontre une assez grande quantité de granulations graisseuses infiltrées dans les fibres musculaires; cependant ces fibres ont conservé leur diamètre habituel, et la plupart n'ont pas perdu leur striation. Aucune lésion des valvules ni des orifices. — On trouve dans le ventricule gauche, appendus aux cordages de la valvule mitrale, quatre petits caillots fibrineux de la grosseur de petites noisettes, dont le centre contient ce liquide puriforme qui résulte de l'altération rétrograde de la fibrine épanchée.

Le foie est un peu augmenté de volume; sa couleur est plus claire qu'à l'état normal; sa consistance est diminuée, surtout dans le lobe droit, au niveau de la pleurésie diaphragmatique. A la coupe, le tissu de l'organe présente une surface veinée de jaune sur un fond rougeâtre qui rappelle l'aspect de certains granits; dans les points jaunâtres, on trouve au microscope les cellules de la glande fortement infiltrées de graisse. Les voies biliaires sont saines et libres; les veines sus-hépatiques contiennent en abondance un sang noir et diffusent.

Les reins ont tous les deux leur substance corticale anémiée, pâle et plus friable qu'à l'état normal; les cellules qui tapissent les tubes urinipares sont infiltrées de fines granulations graisseuses; beaucoup de ces cellules ont diminué de volume ou sont déformées; quelques-unes sem-

blent réduites à leur noyau que l'on trouve en liberté dans le canalicule urinipare. Ces altérations ne se voient pas dans la substance tubuleuse.

La rate est petite et diffuente.

Le péritoine, le tube digestif, les organes génitaux ne sont nullement altérés.

**OBS VI. — *Etat puerpéral. — Péritonite suppurée. — Muquet. — Marasme. — Mort. — Etat grassex du foie, des reins et du cœur.***

Marie-Julie B..., née dans le département de l'Isère, tisseuse à Lyon, entre à l'Hôtel-Dieu le 19 novembre 1860, dans le service du professeur Devay, salle de la clinique médicale, n° 2.

Cette femme a 23 ans ; elle dit n'avoir jamais été malade ; il y a huit mois, elle accoucha d'un enfant à terme et bien portant ; l'accouchement fut facile et naturel ; les suites de couches immédiates furent très-simples, si bien que Marie B... crut pouvoir se lever vers le quinzième jour et reprendre son travail ; mais bientôt le ventre devint douloureux et empâté, la cuisse gauche présenta une douleur qui s'exaspérait par le mouvement ou la marche ; la fièvre s'alluma, et la malade fut obligée de s'aliter un mois et demi après son accouchement. Ces divers accidents persistèrent néanmoins en s'aggravant peu à peu, et notre femme se décida alors à entrer à l'Hôtel-Dieu.

A son admission dans le service de la clinique, elle est très-amaigrie ; le faciès est misérable et abdominal ; les téguments ont une teinte d'un jaune terreux qui est celle de la cachexie purulente ; la fièvre est continue avec exaspération les soirs et présente les caractères de la fièvre hectique.

L'abdomen très-volumineux mesure 86 centimètres de circonférence au niveau de l'ombilic ; il est chaud, assez douloureux spontanément et à la pression ; il est mat et fluctuant dans les parties déclives, sonore, au contraire, dans les parties supérieures.

Depuis quinze jours, diarrhée abondante et indolente; 15 à 20 selles par jour.

Depuis huit jours, la bouche et l'arrière-bouche sont tapissées de fausses membranes blanches dans lesquelles le microscope reconnaît les spores et le mycélium de l'*oïdium albicans* du muguet. La salive rougit légèrement le papier de tournesol.

Les urines, rendues en petite quantité, précipitent beaucoup d'albumine par la chaleur ou par l'acide azotique; elles contiennent des cellules lamelleuses d'épithélium vésical ou urétral, beaucoup de petites cellules rénales, la plupart granulo-graisseuses, quelques noyaux d'épithélium libres, quelques très-rares hématies et pas de cylindres fibrineux.

Le 23 novembre, la malade s'éteint dans le dernier degré du marasme.

*Autopsie* 36 heures après la mort.

Le péritoine pariétal est friable et présente une épaisseur de cinq à sept millimètres. Le péritoine viscéral, également altéré, a plus ou moins déformé ou déplacé les différents viscères qu'il englobe; les intestins sont, par exemple, réunis, par des adhérences anormales, en une masse informe; les organes génitaux internes sont, eux aussi, compris dans une sorte de tumeur inégale formée par l'engorgement et l'altération inflammatoire des ligaments larges.

Dans la cavité péritonéale, on trouve quatre litres de sérosité d'un aspect un peu lactescent et d'une odeur infecte; dans les parties déclives, on peut ramasser un litre environ d'une boue blanchâtre, ressemblant assez à une bouillie épaisse de riz ou de semoule. Cette partie boueuse est formée par les éléments solides du pus qui se sont précipités et notablement altérés; le microscope y démontre une grande quantité de cristaux de cholestérine, des gouttelettes grasses libres ou infiltrées dans des éléments cellulaires ratatinés et à contours inégaux; ces mêmes produits pathologiques se retrouvent en suspension dans la sérosité abdominale à laquelle ils donnent son aspect lactescent.

Le foie est le siège d'une altération grasseuse très-avan-

cée ; il est un peu diminué de volume et emprisonné dans une capsule fibreuse épaissie et tapissée de productions inflammatoires.

Le cœur est petit ; son tissu décoloré est flasque et friable ; des fibres musculaires sont infiltrées de très-nombreuses granulations graisseuses et ont perdu, pour la plupart, leurs deux ordres de stries.

Les deux reins sont atrophies et d'une couleur jaune pâle. Le microscope démontre, dans les deux substances corticale et tubuleuse, une grande quantité de produits graisseux et d'éléments épithéliaux altérés qui remplissent les tubes urinipares et les engorgent ; les cellules épithéliales qui tapissent à l'état normal ces canalicules sont toutes granuleuses et ont perdu leur arrangement symétrique. — Pas de sclérose concomitante.

Les organes génitaux ne sont pas altérés. — L'utérus, sain du reste, contient une petite quantité de mucus purulent.

Les poumons ont quelques tubercules à leurs sommets.

Le muguet étend ses fausses membranes jusque vers le tiers moyen de l'œsophage. La muqueuse du gros intestin présente quelques ulcérations grisâtres.

**OBS. VII. — Scrofule quaternaire ou viscérale. — Surcharge graisseuse générale. — Altération graisseuse du foie, du cœur et des reins. — Sclérose concomitante des reins avec albuminurie. — Epistaxis répétées. — Accidents cérébraux urémiques. — Mort.**

Jean-François-Régis R..., tailleur d'habits à Tournon, entre le 17 juillet 1861 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du professeur Teissier, salle de la clinique médicale, n° 25.

Notre malade est âgé de 19 ans ; il a un tempérament lymphatique exagéré et une constitution appauvrie ; il nous apprend que ses quatre sœurs et son père sont bien portants, mais que sa mère est morte jeune ; il y a sept ans, il fut amputé de la cuisse gauche pour une tumeur blanche du genou ; plusieurs fistules, siégeant à la partie supérieure

du membre amputé, donnaient alors du pus ; elles ne sont pas encore taries aujourd'hui, et le pus qu'elles fournissent paraît provenir de l'os coxal gauche.

Depuis son amputation, le malade aurait joui d'une santé relativement bonne, quoiqu'il conservât encore de la pâleur des téguments, une grande faiblesse musculaire et une assez abondante suppuration ossifluente.

Il y a deux mois et demi, sans autre cause appréciable que les mauvaises conditions hygiéniques au milieu desquelles il vivait (nourriture insuffisante, manque d'exercice, habitation humide et mal aérée), Jean-François fut tourmenté par des vomissements opiniâtres, quotidiens, que provoquait l'ingestion du moindre aliment ; à peu près à cette époque, apparut un œdème qui se généralisa rapidement, après avoir débuté par la face ; quelques jours avant cet œdème, le malade aurait eu un léger mal de gorge sans fièvre et sans éruption.

Ces accidents forcèrent notre sujet à entrer à l'hôpital de Tournon, où il séjourna cinq mois et d'où il sortit un peu amélioré pour entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon.

A son admission dans le service de la clinique, on constate un œdème considérable et général. Les parties infiltrées sont dures, luisantes et d'un aspect cirieux. Le péritoine contient une notable quantité de sérosité ; les autres séreuses ne paraissent pas être le siège d'épanchements.

La miction est un peu douloureuse, les urines précipitent abondamment par la chaleur et l'acide azotique, elles sont décolorées et inodores. — Pas de douleur au niveau des reins.

La pression est un peu douloureuse à l'épigastre et dans les deux hypochondres.

Vomissements quotidiens provoqués par l'ingestion des aliments ou des boissons ; ces vomissements sont muqueux ou bilieux et contiennent, plus ou moins, altérées, les matières qui viennent d'être ingérées. Langue dépouillée de son épithélium. Soif habituelle.

Epistaxis très-fréquentes et assez abondantes.

L'état du malade s'aggrave de plus en plus, malgré un traitement tonique analeptique dont le quina et l'iodure de



fer forment la base; les épistaxis se répètent plus fréquemment; les vomissements persistent et sont inutilement combattus par la glace, les eaux gazeuses, les alcalins; des troubles cérébraux surviennent. R... a un regard languissant, un peu égaré, il se plaint continuellement et il s'agite dans son lit, comme s'il se faisait quelque travail pathologique du côté des méninges. Enfin, une diarrhée séreuse et abondante précipite le dénouement final, et la mort arrive le 24 juillet 1861.

*Autopsie.* — Ce qui frappe au premier abord, lorsque l'on a donné issue à la sérosité contenue dans le péritoine et dans les mailles du tissu aréolaire sous-cutané, c'est la très-grande quantité de tissu cellulo-adipeux qui double la peau et qui est amassée soit dans les médiastins, soit surtout dans l'abdomen, autour des reins ou entre les épiploons et les différents replis du péritoine; cette surcharge graisseuse est générale et envahit même le tissu conjonctif parenchymateux de certains organes, tels que les reins et le cœur.

Le foie a doublé de volume; il est d'un jaune beurre frais et graisse manifestement le scalpel; les cellules hépatiques sont infiltrées de larges gouttelettes huileuses qui leur donnent une forme plus ou moins arrondie et masquent leur noyau.

Les deux reins, enfouis dans une épaisse atmosphère cellulo-adipeuse, sont diminués de volume; ils sont pâles; leur surface extérieure est un peu bosselée, et cet aspect trahit une cirrhose assez avancée de l'organe. La coupe est d'un jaune clair et manifestement graisseuse; elle permet de constater que la substance corticale est hypertrophiée aux dépens de la substance tubuleuse comprimée à la fois par celle-ci et par un dépôt abondant de cellules adipeuses qui a envahi les interstices des pyramides.

Le tissu conjonctif interlobulaire est hypertrophié et forme des mailles résistantes de tissu fibreux qui compriment la partie fondamentale de la glande. — Les tubes urinaires, surtout dans la substance corticale, sont gorgés des produits de l'altération graisseuse des cellules qui les tapissaient; ce sont des granulations et des gouttelettes

huileuses en grande quantité, libres ou renfermées dans des cellules épithéliales ; ce sont aussi des éléments ou des débris d'éléments épithéliaux plus ou moins graisseux.

Le cœur est mou, décoloré et fortement surchargé de graisse. Son tissu est très-friable ; les fibres musculaires ont perdu leurs stries et contiennent un grand nombre de granulations graisseuses.

Les poumons sont un peu emphysémateux dans leur partie supérieure et ne contiennent pas de tubercule.

Le cerveau n'est pas altéré. Les méninges paraissent saines ; le liquide ventriculaire n'est pas augmenté.

Le tube digestif ne présente aussi aucune altération.

OBS. VIII. — *Ancienne dyspepsie. — Hypertrophie partielle des parois de l'estomac. — Etat graisseux du foie, des reins et du cœur. — Un peu de surcharge adipeuse. — Cachexie. — Mort.*

Anthelmette G..., née dans le Bugey et ouvrière en soie à Lyon, est admise le 6 décembre 1862 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Rambaud, salle St-Charles, n° 17.

Cette femme a 66 ans ; c'est une petite vieille ridée et amaigrie, qui est très-affaiblie et qui présente une pâleur cachectique des téguments, avec un léger œdème des membres inférieurs et des membres supérieurs. Elle ne souffre pas, mais elle est très-faible, et toutes ses fonctions sont très-paresseuses.

Perte d'appétit sans vomissement. — Digestions longues et difficiles. — Ballonnement du ventre avec constipation.

L'abdomen est souple et indolent. La pression réveille toutefois une légère douleur à l'épigastre. — Le foie est un peu hypertrophié ; pas d'ictère, ni d'ascite. — Pas de fièvre.

La malade dit qu'elle ne souffre que depuis trois mois ; elle attribue son mal à de vifs chagrins et assure avoir eu, au début et à plusieurs reprises, sur diverses parties des téguments, des taches rouges de différentes grandeurs et ne disparaissant pas par la pression.

Le 3 janvier 1863, notre femme s'éteint sans secousse et sans agonie.

*Autopsie.* — Le foie est augmenté de volume; il a une couleur jaune safranée uniforme; son toucher est savonneux et sa consistance est un peu moindre; il graisse manifestement le scalpel et le papier. Le microscope démontre dans les cellules hépatiques des gouttelettes huileuses; plusieurs de ces cellules, complètement remplies de ces produits, sont arrondies et transformées en des espèces de petites vessies pleines d'huile.

Les voies biliaires sont saines et contiennent en petite quantité de la bile jaunâtre. Les veines hépatiques sont exsangues.

Le cœur est petit, mou, flasque et pâle; il contient un peu de sang fluide et peu coloré. Le tissu cardiaque est notablement aminci; il est friable, se laisse facilement entamer par le doigt et a un toucher graisseux.

Les fibres musculaires ont perdu, pour la plupart, leurs deux ordres de stries; la dégénérescence graisseuse y est très-avancée.

Les veines et les grosses artères ne contiennent presque pas de sang.

Les reins sont un peu diminués de volume; ils sont d'un jaune pâle, anémiques et frappés d'altération graisseuse. Les cellules qui tapissent les tubes uriniparcs de la substance corticale surtout ont perdu leur arrangement symétrique; elles sont toutes granulo-graisseuses à des degrés différents et sont entassées pêle-mêle dans ces canalicules avec des produits granuleux et des noyaux libres.

L'estomac présente sur sa petite concavité une tumeur qui laisse intacts le cardia et le pylore et ne gêne que fort peu les mouvements de l'organe, ce qui explique le peu de troubles fonctionnels qu'elle occasionnait pendant la vie. Cette tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle est dure, elle crie sous le scalpel; sa coupe est d'un blanc nacré et a un aspect fibroïde. La muqueuse stomacale présente, à ce niveau, une ulcération de la largeur d'une pièce d'un franc.

Cette production pathologique est formée de fibres musculaires lisses, entremêlées de corps fusiformes; ces élé-

ments sont fortement unis entre eux dans les parties solides ou naérées de la tumeur, par une matière amorphe qui rend la préparation très-laborieuse. A mesure que l'on se rapproche de l'ulcération, cette matière perd de sa cohésion en devenant un peu granuleuse, ce qui permet d'isoler plus facilement les éléments anatomiques; enfin, au niveau de l'ulcère, cette matière tout à fait fluide cesse de remplir son rôle unissant, et l'on trouve en liberté, dans la préparation des fibres cellules, des corps fusiformes, des cyto-blastions, des noyaux embryoplastiques avec des globules purulents.

Les épiploons et les mésentères sont garnis d'une assez grande quantité de tissu adipeux; cette surcharge graisseuse est d'autant plus frappante qu'elle contraste avec l'amaigrissement extérieur.

OBS. IX. — *Diathèse cancéreuse. — Localisation sur l'estomac, le péritoine, les plèvres, les ganglions bronchiques et péricardiaux. — Etat graisseux du foie, des reins et du cœur. — Mort.*

Jean-Baptiste S..., âgé de 45 ans, tisseur à Lyon, entre le 23 novembre 1862 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Chavannes, salle Ste-Marie, n° 63.

Depuis plus d'un an, il se plaint de fatigues d'estomac, de rapports acides sans vomissement et de constipation. Ces accidents le décidèrent à entrer à l'hôpital de la Croix-Rousse, où il fut admis, il y a quelques mois, dans le service du docteur Fresne, et où l'on constata, à la région épigastrique, une tumeur oblongue dirigée obliquement de haut en bas et de gauche à droite.

Le malade sortit de l'hospice, il y a un mois environ, dans un bien meilleur état; mais la tumeur augmentant de volume et la dyspepsie se compliquant, depuis huit jours, de fréquents vomissements bilieux et alimentaires, il demanda à entrer à l'Hôtel-Dieu.

On le trouve alors dans l'état suivant :

Amaigrissement considérable; pâleur cachectique des téguments.

L'appétit est conservé, mais l'ingestion des aliments provoque des vomissements et des crampes d'estomac. Langue sale. Constipation opiniâtre. — La tumeur épigastrique est dure, très-peu douloureuse à la pression et paraît avoir le volume du poing.

Affaiblissement général. — Pas de fièvre.

Les jours suivants, le malade maigrit et s'affaiblit de plus en plus ; les digestions deviennent de plus en plus difficiles et incomplètes ; il survient quelques vomissements mélaniques, et le malade finit par s'éteindre le 28 janvier 1863, dans un degré avancé de marasme et de cachexie.

*Autopsie.* — Cadavre amaigri et décoloré sans infiltration ni putréfaction.

Tumeur épigastrique de la grosseur de deux poings, siégeant entre le hile du foie et la petite courbure de l'estomac, à laquelle elle adhère solidement ; cette tumeur est constituée par l'agglomération d'un grand nombre d'autres tumeurs secondaires, de consistance et d'aspect encéphaloïdes, donnant du suc cancéreux et paraissant être des ganglions lymphatiques dégénérés. Les ganglions bronchiques présentent, du reste, la même apparence et la même altération.

Les parois de l'estomac sont hypertrophiées et infiltrées d'un suc lactescent en médiocre abondance, surtout au niveau de la petite courbure, où elles ont une épaisseur de un centimètre et demi. Cette altération, qui laisse complètement libres les deux ouvertures cardiaque et pylorique, va en diminuant de la petite à la grande courbure, au niveau de laquelle le tissu de l'organe est sain. — La tunique séreuse ne participe pas à la dégénérescence du viscère ; la tunique muqueuse est un peu ulcérée vers la petite courbure.

Le péritoine contient deux litres de sérosité transparente et citrine, et présente au niveau du diaphragme, sur la face antérieure et sur la face postérieure du foie, sur les parois abdominales antérieures, mais surtout dans le grand épiploon, de petites tumeurs blanchâtres variant entre le volume d'un grain de millet à celui d'un petit pois, ne donnant pas de suc cancéreux, mais présentant un aspect fi-

broïde. De petites tumeurs tout à fait semblables siègent sur les plèvres à leur partie inférieure, et surtout du côté droit.

Nous passerons sous silence les données intéressantes que nous a fournies l'histologie de ces différentes productions cancéreuses, pour insister sur l'état graisseux très-avancé du foie, des reins et du cœur.

Le foie est un peu plus volumineux qu'à l'état normal et non déformé. Sa coupe est d'un jaune sale et homogène comme aspect et comme consistance ; elle graisse le scalpel et les doigts. Les cellules hépatiques sont infiltrées de granulations huileuses ; dans un grand nombre d'entre elles, ces granulations se sont réunies en gouttelettes volumineuses qui remplissent complètement l'élément cellulaire en lui donnant une forme sphérique.

Les veines sus-hépatiques contiennent une très-petite quantité de sang pâle. Les voies biliaires sont saines et renferment un peu de bile fluide et jaunâtre.

Les reins sont tous les deux d'un jaune pâle : leur aspect est manifestement graisseux, et cet état paraît à l'œil nu plus prononcé dans la substance corticale qui est plus développée que la substance tubuleuse. Le microscope vient confirmer ce diagnostic en démontrant dans les tubes urinaires l'accumulation d'une grande quantité de produits granulo-graisseux, des noyaux libres, des cellules épithéliales toutes granuleuses, plus ou moins déformées et entassées sans ordre dans les canalicules en si grande abondance qu'en certains points, ils ont un diamètre inégal et un aspect moniliforme. Lorsqu'on déchire une parcelle du tissu rénal dans un peu d'eau, on met en liberté ces différents produits graisseux qui ne tardent pas à communiquer au liquide, dans lequel ils restent suspendus, un aspect trouble et lactescent.

Le cœur est diminué de volume ; son tissu est décoloré, gras au toucher, flasque et très-friable. Les parois ventriculaires sont amincies, et les cavités, agrandies relativement, contiennent en médiocre quantité un sang très-fluide, de couleur vineuse et sans aucun caillot.

La dégénérescence graisseuse de l'organe est médiocre-

ment avancée; toutes les fibres sont grasses, mais les trois quarts environ conservent encore leurs deux ordres de stries; les autres sont remplies d'un contenu granulo-grassey et ont acquis une extrême friabilité.

OBS. X. — *Diathèse cancéreuse. — Localisations sur le foie, l'estomac, les ganglions péristomacaux, le péritoine et les plèvres. — Etat grassey du foie, des reins et du cœur. Cachexie. — Mort.*

Madeleine T..., âgée de 49 ans, fabricante de cartons à Lyon, entre le 23 mars 1863 à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Colrat, salle Montazet, n° 10.

Cette femme raconte qu'elle s'est toujours bien portée; depuis quelques années cependant, à la suite de pertes d'argent et de nombreux soucis d'affaires, sa santé devint moins florissante, mais ce n'est que depuis six mois qu'elle est réellement malade. Les digestions ont commencé par se faire difficilement; puis sont survenus des vomissements glaireux et alimentaires, de la constipation, des douleurs lombaires, accidents qui ont pris une nouvelle acuité, surtout depuis trois mois.

Au moment de son entrée dans le service, la malade est très-faible et très-amaigrie; la peau est sèche et chaude, les pommettes colorées; tous les soirs surviennent des exacerbations fébriles, et toutes les nuits des sueurs très-abondantes.

Les vomissements se répètent plusieurs fois par jour; ils sont mélaniques et souvent alimentaires. — Anorexie. Langue humide et blanchâtre. Abdomen volumineux, tympanisé, médiocrement douloureux au toucher. Diarrhée depuis quinze jours.

Le foie forme une énorme tumeur dure, indolente, sans inégalité, et qui s'étend à gauche jusque dans l'hypochondre et en bas jusque dans la fosse iliaque droite. Pas d'ictère.

La malade s'éteint dans le marasme le 29 mars 1863.

*Autopsie.* — Cadavre très-amaigri, légèrement infiltré dans les parties inférieures.

On trouve répandues dans l'abdomen et la poitrine un grand nombre de productions cancéreuses.

Le foie est l'organe le plus gravement atteint; son lobe droit, qui est le plus malade, est très-augmenté de volume et transformé en un tissu blanchâtre, fibreux, dur et criant sous le scalpel, ne donnant à la pression et au raclage qu'une médiocre quantité de faux suc. Dans le lobe gauche, on trouve de nombreuses petites tumeurs blanches, encéphaloïdes, variant entre le volume d'un pois et celui d'une petite noisette; le parenchyme hépatique environnant est d'un jaune foncé et très-graisseux, ainsi que l'on peut s'en convaincre par l'examen à l'œil nu et par le microscope; les cellules hépatiques y sont infiltrées d'une grande quantité de graisse à l'état de granulations et de gouttelettes.

L'estomac est dilaté et contient un liquide filant, à odeur acide, semblable à de la suie délayée dans de l'eau. L'altération cancéreuse a envahi les parois de l'organe dans la région pylorique, sans en rétrécir cependant beaucoup l'ouverture.

L'épiploon gastro-hépatique, les plèvres diaphragmatiques et pulmonaires, les ganglions lymphatiques péristomacaux sont aussi le siège de diverses localisations cancéreuses sur lesquelles nous croyons devoir glisser rapidement comme peu importantes au point de vue qui nous occupe.

Les deux reins sont anémiés; la substance corticale surtout est très-pâle, jaunâtre, friable et grasseuse à la vue. Un fragment de cette substance trouble la gouttelette d'eau dans laquelle on le déchire, et permet de constater au microscope que les tubes urinipares sont remplis de cellules épithéliales grasseuses, déformées, et ayant perdu tout arrangement symétrique; des noyaux libres et de nombreux produits granulo-graisseux engorgent aussi ces canalicules rénaux.

Le cœur a son volume normal; il contient un peu de sang fluide et pâle; son tissu est décoloré, friable et grasseux à la vue et au toucher; les fibres musculaires sont le siège d'une altération grasseuse très-avancée; elles ont perdu leurs stries et sont transformées en gaines hyalines renfer-



mant un contenu granuleux semi-liquide qui s'échappe facilement par les déchirures que produisent les manœuvres de la préparation, de sorte qu'il n'est pas rare de trouver sous le champ du microscope de ces gaines plus ou moins vides et diversement ployées sur elles-mêmes.

OBS. XI. — *Cachexie sénile. — Syphilis antérieure? — Etat graisseux du foie, du cœur et des reins. — Surcharge graisseuse générale.*

Emilie S..., âgée de 65 ans, ancienne fleuriste, née à Paris, entre le 4 mai 1864, dans la salle St-Roch, n° 4, à l'Hôtel-Dieu.

Cette femme est profondément débilitée et paraît plus âgée qu'elle n'est en réalité; elle porte sur le front deux cicatrices de la grosseur d'une pièce d'un franc; elle a le dos du nez effondré, ce qui fait que le lobule est relevé en pied de marmite. Interrogée sur ses antécédents, elle n'accuse que de légères indispositions; elle ne nie pas avoir eu des accidents syphilitiques, mais elle ne peut donner sur ce point aucune indication précise; d'ailleurs, son intelligence est très-faible, et les renseignements que l'on obtient d'elle sont vagues et incomplets.

Depuis 22 mois, la malade tousse; actuellement cette toux est moins fréquente et accompagnée de quelques crachats salivaires; le murmure vésiculaire est très-affaibli dans les deux poumons; l'auscultation ne constate aucun râle; la percussion donne une sonorité thoracique partout exagérée.

Les battements du cœur sont très-faibles, sans bruits anormaux. Le poulx est filiforme.

Anorexie. Quelques vomissements aqueux, sans douleur ni tumeur épigastrique.

Le 6 mai, la malade s'éteint doucement et sans agonie.

*Autopsie.* — Cadavre peu infiltré, sans putréfaction, un peu rigide.

On constate une surcharge graisseuse générale; le tissu adipeux est accumulé en grande abondance non-seulement

sous la peau, mais encore dans la poitrine, sur le cœur et dans les médiastins; dans l'abdomen, il surcharge les différents replis du péritoine, surtout les épiploons, et il entoure en grande quantité les deux reins qui sont eux-mêmes envahis par cette hypergénèse et notablement atrophiés par elle.

Le foie porte des traces évidentes de la compression que le corset a autrefois exercé sur lui; il est diminué suivant son diamètre transverse; le lobe gauche est très-atrophié, et l'on constate sur le lobe droit deux sillons permanents parallèles au ligament suspenseur. Les parois thoraciques sont elles-mêmes déformées et déjetées en dedans à leur partie inférieure. Le tissu hépatique est jaune d'ocre et plus friable que normalement; il graisse les doigts et le scalpel, et ses cellules sont remplies d'une grande quantité de gouttelettes huileuses.

Les deux reins sont perdus au milieu d'une épaisse atmosphère adipeuse; ils sont notablement atrophiés. De nombreux paquets cellulo-grasseyeux ont envahi l'organe par son hile et se sont développés entre les calices et les cônes atrophiants le tissu propre du rein. Ce tissu paraît peu décoloré à l'œil nu; mais les tubes urinipares qui le constituent ont perdu leur transparence et se présentent au microscope gorgés de produits granulo-grasseyeux et de cellules infiltrées de graisse.

Le cœur est petit et très-surchargé de graisse. Son tissu est pâle, flasque et friable, d'un toucher savonneux. Ses fibres musculaires sont infiltrées de nombreuses granulations grasseyeuses et ont perdu la plupart leurs deux ordres de stries. Les valvules et les orifices sont sains; les quatre cavités contiennent une petite quantité de sang. Dans le ventricule droit, on trouve un caillot fibrineux, blanchâtre et consistant, qui se prolonge dans les deux divisions de l'artère pulmonaire, où il se termine par des extrémités effilées.

Les poumons sont tous les deux très-emphysémateux. L'ovaire droit est le siège d'un kyste séreux de la grosseur d'une orange.

## EXPÉRIENCES OBSTÉTRICALES.

Par le docteur DELORE, chirurgien-major désigné de la Charité.

Recueillies par M. JEANNIN, élève des hôpitaux de Lyon.

---

## I. — DIRECTION DU BASSIN.

La direction du bassin, ou mieux la direction du plan du détroit supérieur, est mesurée en obstétrique par l'angle qui formerait avec l'*horizontale* une ligne menée de la symphyse du pubis au promontoire. L'évaluation moyenne des auteurs est de  $55^{\circ}$  à  $65^{\circ}$ . La moyenne que nous avons trouvée sur les bassins normaux est de  $60^{\circ}$  et  $65^{\circ}$ .

Chez les femmes dont le bassin est vicié, cette inclinaison subit les changements les plus prononcés ; elle était de  $60^{\circ}$  chez deux femmes dont l'une, bien constituée, avait un rétrécissement antéro-postérieur de deux centimètres, et dont l'autre était rachitique. Le détroit supérieur d'une femme légèrement rachitique était incliné de  $70^{\circ}$ , tandis que l'inclinaison du bassin d'un squelette horriblement travaillé par le rachitisme était de  $65^{\circ}$  environ ; celle d'un autre squelette aussi maltraité était, postérieurement à la verticale, de  $40^{\circ}$ , ce qui fait une différence de  $35^{\circ}$ , avec l'inclinaison du bassin précédent.

## II. — RÉSISTANCE DES SYMPHYSES PELVIENNES.

En 1864, M. Pouillet, interne des hôpitaux de Lyon, relata, dans son mémoire sur la résistance du bassin, les expériences suivantes :

1<sup>o</sup> Une boule résistante ne fit céder qu'à 200 k. de traction la symphyse pubienne d'une femme de 65 ans ayant eu des enfants.

2<sup>o</sup> Chez une femme de 30 ans, n'ayant jamais eu d'en-

fants, ce ne fut qu'à plus 200 k. que la boule franchit les détroits en écartant les pubis.

3° Sur une femme de 60 ans, ayant eu des enfants, les tractions dépassèrent vainement la force des précédentes et ne purent être évaluées avec précision, par manque d'un dynamomètre assez puissant.

Ces trois premières expériences furent faites en dehors de l'état de grossesse ou de parturition accomplie.

4° Chez une femme de 25 ans, morte au sixième mois de sa grossesse, à une traction de plus de 200 k., l'écartement de l'os des îles s'opéra avec une fracture de la branche descendante du pubis gauche.

5° Chez une femme morte trois jours après un accouchement pénible, des applications de forceps sur la tête d'un enfant d'un mois furent exécutées avec des tractions élevées à 150 k. sans que les symphyses eussent subi d'altération.

6° Enfin, le bassin d'une femme de 40 ans, morte à la suite de l'opération césarienne, fut disjoint par une traction de 170 k.; mais à l'autopsie, faite antérieurement, un coup de scalpel avait été donné par mégarde au ligament inférieur de la symphyse. — Dans une expérience non citée dans le mémoire de M. Poulet, le bassin d'une femme de 28 ans, morte à l'Hôtel-Dieu en mars 1864, fut soumis à des tractions exercées avec la boule de bois; la symphyse pubienne et l'articulation sacro-iliaque gauche furent disjointes à 180 k. de traction. — Dans une autre expérience, le bassin d'une fille de 22 ans, morte hors l'état de parturition, a résisté à 200 kilogrammes.

A ces expériences déjà concluantes, nous ajouterons les suivantes, faites plus récemment, et dont *l'exactitude dynamométrique est garantie*.

1° Une femme de 20 ans, morte deux heures après un accouchement artificiel, présente un bassin normal dans tous ses diamètres, sauf le sacro-pubien qui n'a que 9 centimètres. On essaie de faire passer par la filière pelvienne une tête sèche et revêtue d'une couche de plomb, dont le diamètre bi-pariétal a  $10 \frac{3}{4}$ , l'occipito-frontal  $11 \frac{1}{4}$  et le mento-bregmat. 13. A une traction de 270 k., les crochets

du dynamomètre se redressent ; mais le bassin est intact. Alors, pour avoir une traction directe sur la symphyse pubienne, les cordes sont fixées sur la branche horizontale du pubis en passant par le trou ovale ; mais à 200 k., l'os coupé par la corde se brise et la symphyse a résisté. — Déjà à l'Hôtel-Dieu, la même expérience avait été faite en des circonstances analogues sur le bassin d'une femme de 30 ans, et à 200 k. également, il y avait eu fracture de la branche descendante du pubis sans lésion de la symphyse.

2<sup>e</sup> Une femme de 20 ans, grande et forte, morte 6 jours après l'accouchement, a un bassin normal dans lequel la tête revêtue de plomb passe sous un effort de 138 k. sans causer le moindre dégât aux parties osseuses. Alors, on revêt la tête d'une toile grossière pour empêcher toute espèce de glissement et augmenter ses diamètres et, malgré une traction prolongée entre 245 et 250 k., elle ne franchit pas le bassin dont les symphyses ont résisté. Pour les rompre, les cordes sont attachées des deux côtés, au niveau des échancrures sciatiques ; cette fois, l'articulation pubienne se disjoint à 250 k. L'os des iles, intéressé dans toute son épaisseur, ne s'est pas fracturé.

3<sup>e</sup> Sur une femme de 30 ans, morte six jours après l'accouchement et présentant un bassin normal, on laisse les parties molles et l'utérus dans lequel on engage une tête de fœtus à terme qui ne peut traverser les détroits et se fracture sous un effort de 150 k. sans la moindre lésion du bassin. La tête du fœtus est alors remplacée par la tête de plomb ; quand celle-ci, logée entre les cuillers d'un énorme forceps, paraît engagée par une traction de 150 k., deux aides maintenant les cuisses et le bassin, M. Delore tente, par des mouvements de levier en tous sens, de rompre la symphyse, mais c'est en vain qu'il soulève le bassin et surmonte l'effort des aides, les articulations ne cèdent pas ; on reprend les tractions ordinaires sur la tête, mais, vers 200 k., les cordes cassent et le bassin n'a pas souffert.

4<sup>e</sup> Dans bon nombre d'expériences faites en un autre but que la résistance des articulations du bassin, on a opéré, soit sur des têtes de fœtus, soit sur la tête sèche revêtue de

plomb des tractions de 120, 130, 140, 160 k., sans que le bassin fût altéré du côté des symphyses.

Le forceps ayant vigoureusement saisi une tête de fœtus dans toute espèce de direction, on l'a fait basculer violemment en arrière pour essayer de briser les symphyses en prenant un point d'appui sur l'angle sacro-vertébral. Mais en aucun cas il ne fut possible d'appuyer l'instrument sur cette saillie ; on ne put que déchirer la fourchette et luxer le coccyx ; peut-être en persistant dans ces tentatives, serait-on parvenu à briser la partie inférieure du sacrum, mais l'angle sacro-vertébral aurait toujours échappé aux efforts.

### III. — FORCE QU'UN ACCOUCHEUR DÉVELOPPE PAR LA PRESSION, AU MOYEN DU FORCEPS, ET PAR LA TRACTION.

1° *Pression.* — La pression dépend de l'instrument avec lequel on l'exerce et du point des cuillers où elle agit. — Avec le forceps léger dont M. Delore se sert habituellement, à l'extrémité des cuillers, on ne produit qu'une pression de 10 k. ; au milieu, elle est de 20 ; en s'efforçant de dépasser ces limites, on pourrait fausser l'instrument. — Avec un forceps volumineux appartenant à la Charité, on peut développer à l'extrémité des cuillers une pression de 45 k. ; elle monte à 55 au milieu. — Enfin, le forceps le plus colossal de l'Hôtel-Dieu peut, sous un effort énergique, imprimer au bout de ses cuillers une compression de 50 k. qui atteint 65 à 70 à leur centre.

2° *Traction.* — Dans la position ordinaire du praticien au moment d'un accouchement, il peut développer les tractions suivantes :

|                             |        |
|-----------------------------|--------|
| Scul et sans appui,         | 40 k.  |
| Scul avec appui,            | 80 k.  |
| Avec un aide et sans appui, | 80 k.  |
| Avec un aide et un appui,   | 130 k. |

#### IV. — RÉSISTANCES DES DIVERSES PARTIES DU FŒTUS AUX TRACTIONN.

Il a fallu 80 k. de traction pour arracher le cou d'un fœtus très-petit. Chez le même, l'arrachement de la jambe s'est produit sous un effort de 65 k., mais, ce n'est pas l'articulation coxo-fémorale qui a cédé, c'est la partie de l'os des iles qui forme le fond de la cavité cotyloïde. De même, à 40 k., le bras s'est séparé, mais avec la partie du scapulum qui répond à la cavité glénoïde. — Les vertèbres du cou d'un fœtus vigoureux, soumis à des tractions violentes, ont cédé à 130 k.; la peau a résisté jusqu'à 150 k. — Un autre fœtus, également bien constitué, et sur lequel on cherche à mesurer la résistance du tronc, est attaché, d'une part, au niveau des hanches et de la colonne lombaire, d'autre part, au niveau des épaules; mais la corde glisse sur les omoplates et retombe sur le cou où elle casse la septième cervicale à 200 k. de traction. — Des tractions exercées à 110 k. sur le tronc d'un fœtus ordinaire n'amènent d'autre résultat qu'une fracture de la colonne vertébrale produite par la corde. — Un autre, qui présente à peu près les mêmes conditions de résistance, est attaché par les pieds; une force de 150 k. ne détermine qu'une fracture des jambes occasionnée par la corde et une éraillure légère de la peau au niveau du pli de l'aîne.

#### V. — RÉSISTANCE DE LA TÊTE DU FŒTUS AUX PRESSIONS.

1<sup>o</sup> *Pressions sur une large surface.* — Une tête de fœtus, parfaitement embrassée par les cuillers du forceps énorme de l'Hôtel-Dieu, est serrée avec toutes les forces dont un homme ordinaire est capable; elle ne subit ni dépression persistante, ni lésion notable. — Une autre tête de fœtus bien développé, soumise au moyen du même forceps à une pression déterminée de 105 k., ne présente aucune lésion à l'autopsie, soit dans le sens du diamètre bi-pariétal, soit dans celui de l'occipito-frontal.

2<sup>o</sup> *Pressions avec saillie anguleuse.* — La tête des précédentes expériences, reprise par le forceps, est serrée avec un os interposé de façon à faire saillie et à laisser une trace sur les os craniens. L'effort élevé à 86 k. produit une dépression persistante de l'écaille du temporal et de l'angle antérieur et inférieur du pariétal avec fêlure de l'occipital. — Un os disposé de manière à presser directement sur la bosse pariétale y détermine, à 20 k. seulement, une dépression considérable, mais sans fracture.

A 60 k., le mors rigide sur les bords et concave au centre d'un céphalotribe appliqué sur le pariétal gauche, lui fait subir une dépression considérable avec fracture.

3<sup>o</sup> *Pressions avec une surface saillante, mais arrondie et assez étendue.* — Pression suivant le diamètre bi-pariétal sur une tête assez bien développée; à 23 k. il se produit sur le pariétal gauche une dépression qui revient d'elle-même dès que l'effort a cessé; à 31 k., au même point, dépression persistante avec fracture légère. — Pression suivant le diamètre occipito-frontal; à 33 k., l'os coronal ne subit aucune altération; à 35 k., une pression exercée sur l'occipital, un peu au-dessus du trou vertébral, ne produit rien non plus; mais à 20 k. seulement, une pression directe sur la bosse occipitale fait chevaucher l'occipital entre les pariétaux; à 43 k., en agissant au même point, dépression complète de l'occipital qui revient ensuite sur lui-même.

#### VI. — PRESSIONS QUE SUBIT DANS LE BASSIN, SOUS UNE CERTAINE TRACTION, UNE TÊTE SAISIE PAR LE FORCEPS.

Une boule divisée en deux hémisphères qui logent un dynamomètre très-sensible aux pressions, est mise dans divers bassins et saisie par les cuillers d'un forceps, elle y est soumise à des tractions différentes. Dans la série d'expériences qui suivent, tantôt le forceps était plus ou moins engagé, tantôt la boule était serrée en des points différents des cuillers, d'où la différence des résultats :



| 1 <sup>re</sup> série. | Tractions, 20 k. |    | Pressions, 10 k. |    |
|------------------------|------------------|----|------------------|----|
| —                      | —                | 30 | —                | 19 |
| —                      | —                | 40 | —                | 28 |
| —                      | —                | 50 | —                | 38 |
| —                      | —                | 60 | —                | 41 |
| 2 <sup>e</sup> série.  | —                | 20 | —                | 10 |
| —                      | —                | 30 | —                | 15 |
| —                      | —                | 40 | —                | 23 |
| —                      | —                | 50 | —                | 29 |
| 3 <sup>e</sup> série.  | —                | 50 | —                | 25 |
| —                      | —                | 60 | —                | 29 |
| 4 <sup>e</sup> série.  | —                | 40 | —                | 15 |
| —                      | —                | 50 | —                | 23 |
| —                      | —                | 60 | —                | 39 |
| 5 <sup>e</sup> série.  | —                | 20 | —                | 5  |
| —                      | —                | 30 | —                | 10 |
| —                      | —                | 40 | —                | 20 |
| —                      | —                | 50 | —                | 33 |
| 6 <sup>e</sup> série.  | —                | 20 | —                | 10 |
| —                      | —                | 30 | —                | 20 |
| —                      | —                | 40 | —                | 26 |
| —                      | —                | 50 | —                | 37 |
| —                      | —                | 60 | —                | 45 |
| 7 <sup>e</sup> série.  | —                | 20 | —                | 10 |
| —                      | —                | 30 | —                | 21 |
| —                      | —                | 40 | —                | 33 |
| —                      | —                | 50 | —                | 40 |
| —                      | —                | 60 | —                | 46 |

Si de ces résultats, on cherche les moyennes, on trouve :

Pour 20 k. de traction, 9 k. de pression.

|      |   |                  |   |
|------|---|------------------|---|
| — 30 | — | 17               | — |
| — 40 | — | 24 $\frac{1}{6}$ | — |
| — 50 | — | 32 $\frac{1}{7}$ | — |
| — 60 | — | 40               | — |

Or,  $9 + 8 = 17$  ;  $17 + 7 = 24$  ;  $24 + 8 = 32$  ;  $32 + 8 = 40$  ; il résulterait de ces chiffres qu'à chaque dizaine de kilogrammes de traction en plus, il faut ajouter 8 k. de pression, et qu'arrivée à 60 k., la traction détermine une pression qui équivaut aux deux tiers de cette même traction, c'est-à-dire 40 kilogrammes.

#### VII. — RÉDUCTION ET AUGMENTATION DES DIAMÈTRES BI-PARIÉTAL ET OCCIPITO-FRONTAL, SOUS UNE CERTAINE PRESSION.

Une tête de fœtus à terme, très-fortement ossifiée, présente un diamètre bi-pariétal de 98 millimètres et occipito-frontal de 115. Laissée entre les cuillers du forceps et soumise à une pression de 50 à 60 k., selon son diamètre bi-pariétal, elle ne subit ni dépression appréciable suivant ce diamètre, ni augmentation sensible dans le sens occipito-frontal. Reprise avec le forceps et énergiquement serrée, suivant le diamètre occipito-frontal, la réduction dans ce sens est nulle, mais le diamètre bi-pariétal augmente de 6 millimètres. — Sur cette tête librement placée sur un plan horizontal et résistant, on exerce avec une boule à surface arrondie et large une pression de 26 k.; il s'en suit une dépression de 10 millimètres sur le pariétal droit où l'instrument de pression a été appliqué. — Ce même genre de pression, élevé à 38 k., est appliqué dans le même sens sur la tête ; mais, cette fois, celle-ci est serrée énergiquement suivant le diamètre occipito-pontal et elle ne subit pas trace de réduction sur les pariétaux. On cesse la constriction du forceps, on appuie de nouveau à 38 k. sur la tête libre et il se fait une dépression telle que le diamètre bi-pariétal mesure 23 millimètres de moins. — Une autre tête de fœtus, également à terme, mais en apparence moins solidement ossifiée, quoique de diamètres sensiblement analogues (bi-pariétal, 97<sup>mm</sup> et occipito-frontal, 115) est soumise avec un forceps très-fort et, selon son diamètre occipito-frontal, à une pression de 60 k. ; le diamètre bi-pariétal augmente de 8 millimètres et le diamètre occipito-

frontal se réduit de 14 à 13. Cette tête, libre sur un plan résistant et soumise à une pression de 19 k. exercée sur le pariétal gauche avec la surface arrondie d'une boule, subit en ce point une dépression de 17 millimètres. Reprise sur le même plan, la tête est soumise à une constriction occipito-frontale au forceps qui élève son diamètre bi-pariétal à 110<sup>mm</sup>. Puis, la boule arrondie est appliquée de nouveau sur le pariétal gauche et une pression de 21 k. n'y produit qu'une dépression de 3 millimètres.

VIII. — TRACTIONS PAR LESQUELLES LA TÊTE A ÉTÉ BRISÉE  
OU CONTRE LESQUELLES ELLE A RÉSISTÉ EN PASSANT DANS  
UN BASSIN QUELCONQUE, AVEC OU SANS FORCEPS.

1° *Bassins normaux.* — Dans un bassin normal, une tête ordinaire passe en position occipito-pubienne avec une traction de 50 k. ; en position mento-iliaque gauche transverse avec 50 k. également ; dans la mento-sacrée avec 23 k., et après ces trois expériences opérées au forceps, le crâne ne présente aucune lésion appréciable. — Dans le même bassin, une tête plus grosse (diam. bi-pariétal, 9 1/2, — occ.-front. 12, — occip.-ment. 13 cent.), passe en position mento-sacrée avec une fracture du pariétal droit.

Par la filière d'un second bassin normal, en employant la version, une traction de 45 k. fait passer sans lésion la tête d'un enfant de 17 jours (diamètre bi-par. 9 1/2, — occi-fr. 11 1/2, — occ.-ment. 13 1/2). Cette même tête, pour passer avec le forceps, est tirée à 90 k. et subit une dépression persistante. — Troisième bassin normal sur lequel l'utérus a été conservé ; à une traction de 132 k., un fœtus normal passe sans fracture, avec l'emploi du forceps ; un autre, dans la même position (occip. front.), subit une fêlure de la table interne du pariétal gauche en passant sous une traction de 150 k. — Quatrième bassin ; une tête volumineuse, mais mollassse, saisie au forceps, traverse le pelvis sans fracture, à 100 k. de traction ; une autre tête normale, mais résistante, ne passe qu'à 160 k. avec une fracture légère du frontal et de l'occipital.

2° *Bassins anormaux.* — Un bassin naturel vicié (diam. ant. post. 8, obl. 12, trans. 13 cent.), est franchi à deux reprises sous des tractions au forceps de 41 et de 65 k., par une tête ordinaire d'un diam. bi-par. de 9 cent., sans fracture ni dépression. Une autre tête (bi-par. 9 cent.) le traverse également à 55 k., mais avec une fracture légère. Enfin, une troisième tête (bi-par. 9 1/2 c.) ne passe que sous une traction de 80 k. et présente après son extraction une double fracture du pariétal droit. — Un bassin naturel, revêtu d'une couche de plomb qui le rétrécit (diam. ant. post. 7 1/2, obl. 11, trans. 12 cent.), est franchi *dans la version* à une traction de 65 k. par un fœtus dont la tête, assez ordinaire (d. bi-par. 8 1/2, occip.-fr. 11, occ.-ment. 12 cent.), ne subit ni fracture, ni dépression persistante, mais un allongement trachélo-bregmatique fort considérable.

#### IX. — MANŒUVRES OBSTÉTRICALES.

1° Une femme rachitique, d'environ 25 ans, présente un bassin encore revêtu de ses parties molles et dont les diamètres sont les suivants : ant. post. 8, oblique 12, trans. 13 cent.; la direction du détroit supérieur est presque verticale. La tête d'un fœtus, bien ossifiée et offrant un diamètre bi-par. de 9 1/2 cent., est placée en position occi. il. g. trans. et saisie entre les cuillers d'un forceps volumineux, sur lequel les tractions s'opèrent par deux cordes attachées à l'extrémité des manches; à 80 k., sortie du fœtus avec double fracture sur le pariétal droit, au point en rapport avec la symphyse pubienne.

2° Même bassin. Un fœtus à terme, dont la tête a 9 cent. de diamètre bi-pariétal, est placé dans les mêmes conditions que le précédent. A 40 k. on s'aperçut que la direction horizontale dans laquelle on a tiré pour la première expérience et dans laquelle on tire encore maintenant, fait donner les branches du forceps contre l'arcade pubienne et empêche la tête de toucher la symphyse; par un léger effort imprimé à l'instrument, de manière à le faire basculer

en bas et en arrière, la tête touche le pubis, s'engage et sort avec une traction de 55 k. — L'expérience reprise dans les mêmes conditions, mais en abandonnant la traction à elle-même, n'arrive à son résultat qu'avec une force de 80 k., légère fracture du crâne. — Une troisième fois, on ne change rien à la position de la tête, mais le point d'attache des cordes est transporté à la naissance des cuillers, les branches sont judicieusement dirigées et 40 k. suffisent pour l'extraction du fœtus, tandis que malgré son ramollissement, dans un quatrième essai où l'on abandonne la traction à elle-même, il faut encore un effort de 50 k. pour traverser les détroits.

3° Même bassin. Une poulie de réflexion, fixée au sol, divise la traction de manière à lui faire produire un angle de 45° avec la direction horizontale dans laquelle est situé le cadavre de la femme ; de cette façon, il suffit de 41 k. d'effort pour faire passer sans lésion une tête bien ossifiée, dont le diamètre bi-pariétal est de 9 centimètres. — Avec la même tête, reprise au forceps, et dans les mêmes conditions, l'extraction demande une force de 65 k., en tirant non plus avec la poulie de réflexion, mais horizontalement. — Enfin, le même fœtus placé dans la version, traversa facilement le bassin sous un effort qui ne dépassa pas 10 à 15 k.

4° Même bassin. Un enfant de deux semaines et demie (diam. bi-par. 9 1/2, occ.-fr. 11 1/2, occ.-ment. 13 1/2), est placé dans la version ; les fesses passent difficilement sous des tractions manuelles ; le dégagement des bras et des épaules est pénible ; la tête soumise à une traction oblique de 45°, en bas et en arrière, passe à son tour sous une force qui varia entre 40 et 45 k., il n'y eut ni fracture, ni dépression persistante. — La même tête, en position occ. il. g. trans., saisie par les cuillers du forceps et soumise à des tractions exercées dans le même sens, ne franchit le bassin que sous un effort de 90 k. et subit des traces profondes de compression, mais sans fracture.

*Nota.* — Dans ces deux expériences, l'occiput a tourné en arrière et une fois qu'il eût franchi le détroit supérieur, les tractions durent être beaucoup plus énergiques.

5° Bassin rétréci, garni de plomb (diamètres ant. post. 7 1/2, obl. 11, transv. 12 cent.). Tête de fœtus à terme bien ossifiée (diam. bi-par. 8 1/2, occ.-fr. 11, occ.-ment. 12 cent.). Le fœtus, placé dans la version, passe à travers la filière pelvienne avec une difficulté fort grande déjà pour le dégagement des bras et des épaules, mais extrême pour la tête; celle-ci est arrêtée d'abord par la proéminence exagérée de l'angle sacro-vertébral; puis, par le rétrécissement et l'immobilité des diamètres du détroit inférieur. Néanmoins, elle ne subit pas de fracture, mais présente un allongement vraiment extraordinaire suivant son diamètre trachélo-bregmatique; les plus fortes tractions n'ont pas dépassé 60 à 65 k. — Le même fœtus est ensuite placé dans la position occ. il. g. trans. et la tête est saisie entre les cuillers du forceps; les tractions sont faites suivant l'angle de 45° en bas et en arrière; il fallut cette fois 100 k. pour l'extraire.

6° Dans le bassin normal d'une femme de 30 ans, avec le forceps soumis à une traction manuelle de 50 k., exercée dans la direction de l'axe du bassin, on fait passer en position occ. il. g. trans. la tête d'un fœtus à terme, d'un diamètre bi-pariétal égal au diamètre ant. post. du bassin (11 cent.). Il n'y eut pas de rotation.

7° Sur une femme de 30 ans, morte six jours après l'accouchement et présentant un diam. ant. post. de 11 cent., on laisse les parties molles et l'utérus préalablement fendu à sa partie supérieure. Par la filière pelvienne, on tente de faire passer une tête de fœtus de 11 centimètres, mais le tissu utérin se repliant en bourrelet sur le détroit supérieur empêche la tête de passer, malgré une traction de 150 k., exercée suivant un angle de 45°, avec l'horizontale et une fêlure du pariétal gauche. — Un autre fœtus, de tête sensiblement analogue sous tous les rapports, passe cependant dans les mêmes conditions à 132 k. et sans fracture. — Une tête est prise au détroit supérieur et tirée horizontalement; dans cette direction, elle franchit la filière sous une traction de 90 k. seulement. — Une deuxième fois, tirée à angle de 45°, elle passe à 55 k. — Une troisième fois, tirée horizontalement, il faut encore 80 k.; enfin, une quatrième

fois, à 45° elle cède sous un effort de 40 k. seulement ; une cinquième fois horizontalement 50.

8° Une tête extrêmement molle de fœtus, né avant terme, placée en position occ. il. g. trans. au détroit supérieur du bassin revêtu de plomb, passe avec le forceps sous une traction de 15 k. seulement, exercée suivant l'angle de 45°. Cette même tête, reprise dans la même position, mais tirée horizontalement, résista à une traction de 50 à 55 k.

9° Bassin rachitique vicié (diam. ant. post. 6 1/2, trans. 13, oblique fort inégal des deux côtés). Un fœtus (diam. bi-par. 7, occ.-fr. 9 cent.), placé en position occipito-il. droite transv. (côté où le diamètre oblique du bassin est le plus étendu), résiste à une traction horizontale de 100 k. et cède au contraire à une traction oblique (45°) de 80 k. ; — dans une troisième expérience, par la version, il franchit les détroits à 24 k. seulement d'une traction méthodique suivant l'axe du bassin. — Un fœtus plus gros (diam. bi-par. 8 1/4, occ.-fr. 10 1/2 cent.), passe aussi par la version, mais grâce à d'énormes tractions manuelles, à une dépression qui réduit son diamètre bi-par. à 6 1/2 cent. et à une fracture du pariétal droit. — Dans le même bassin, une tête petite, mise en position occip. pubienne et tirée avec le forceps, résiste à une traction de 110 k. exercée horizontalement, pour passer ensuite à 75 k. de traction oblique. — L'expérience étant reprise dans la même position, mais en imprimant de légers mouvements de latéralité, l'extraction ne demande pas une force supérieure à 40 k. Mais en tirant directement et sans toucher au forceps, à 105 k., la tête ne passe encore pas ; la traction tombe au contraire à 40 k. et le fœtus passe, en appuyant sur le forceps un seul doigt qui le déprime en arrière.

10° Dans un bassin bien conformé, une tête ordinaire de fœtus à terme est simplement placée en position occipito-pubienne, sans aucun engagement. Sous une traction énergique, la tête s'engage *sans trace de rotation* et résiste fortement aux efforts dont elle est l'objet ; elle passe sous l'influence d'un léger mouvement d'élévation qu'on imprime aux branches du forceps. — Dans une seconde

expérience, avec le même bassin et la même tête dans une même position, des tractions manuelles exercées dans la direction qu'on juge la plus convenable, amènent le fœtus à 50 k. — Ces tractions, opérées horizontalement, demandent également 50 k., malgré le ramollissement que la tête a subi dans les manœuvres de l'expérience précédente.

11° Même bassin. Expériences faites dans le but de connaître les mouvements spontanés du forceps sous la traction qu'on lui imprime dans les différents temps de l'accouchement, les cordes étant passées dans les fenêtres. — Traction horizontale : 1° Au moment où la tête commence à s'engager, les branches du forceps font avec l'horizontale et en bas un angle de 15° ; — 2° Lorsque la tête est dans la cavité pelvienne, le forceps est horizontal, parallèle à la traction ; — 3° Lorsque la tête arrive au détroit inférieur, le forceps fait au-dessus de l'horizontale un angle de 6°. Très-légère rotation de la tête lorsqu'elle est à la vulve. — La tête avait été mise en position occ. il. g. trans. — Position occip. pubienne. La tête arrive facilement à franchir les détroits ; le forceps se relève d'environ 15° ; il n'y eut pas de rotation.

12° Expériences sur les diverses positions rares dans lesquelles se peut présenter le fœtus. — Position mento-il. g. transv. ; traction horizontale maintenue à 50 k. sans résultat, puis faite en bas et en haut toujours inutilement ; mais un léger mouvement de latéralité imprimé à droite aux branches du forceps, dégage aussitôt le menton à gauche et la rotation interne s'opère à la vulve. — Position mento-sacrée ; traction horizontale à 45° sans diriger les branches du forceps ; la tête passe sans rotation ; mais, sous l'influence d'une flexion considérable, la présentation de la face dans le bassin se trouve changée à la vulve en présentation du sommet. — Une autre tête, plus considérable (diam. bi-par. 9 1/2, occ.-fr. 12, occ.-ment. 13 1/4), est mise en position mento-sacrée ; les tractions s'élèvent jusqu'à 150 k. ; flexion considérable ; craquement de la tête lorsqu'elle est engagée ; pas de rotation. Fracture du pariétal droit.



## X. — CÉPHALOTRIPSIE.

Un fœtus bien développé et dont la tête était solidement ossifiée (diam. bi-par. 9, occ.-fr. 12, occ.-ment. 13 cent.), est mis en position occ. il. g. trans. dans le bassin rétréci garni de plomb. Sous une traction de 110 k., opérée au forceps, non seulement cette tête n'était pas engagée, mais elle touchait à peine le détroit supérieur en un point; l'instrument buttait en avant d'une façon insurmontable contre l'arcade pubienne, tandis qu'en arrière la bosse pariétale gauche prenait un point d'appui sur l'angle sacro-vertébral. L'extraction avec le forceps étant donc impossible, on appliqua le céphalotribe de manière à ce que la pression se fit directement sur le diamètre occipito-frontal. Il fallut de grands efforts, même pour tourner la vis de l'instrument, avant de faire craquer la tête; puis, lorsque celle-ci eût cédé sous le broiement énergique, elle subit une réduction si considérable que le cerveau, ne trouvant plus dans la cavité crânienne un espace suffisant et s'échappant par le trou occipital, fit hernie un peu par la bouche et presque entièrement derrière la peau du cou et du dos, jusqu'à la partie inférieure des lombes. A l'autopsie, on trouva une fêlure de la voûte orbitaire et une destruction presque complète de l'occipital; le cerveau avait fui derrière l'aponévrose postérieure, dans la gaine des muscles des gouttières. De légers efforts manuels suffirent pour extraire la tête broyée par l'instrument; les épaules furent dégagées ensuite, mais avec peine. — Une autre application de céphalotribe fut faite sur le bassin, vicié de 6 1/2 cent. de diamètre ant. post. avec une tête de 8 1/4 cent. de diamètre bi-pariétal; cette application se fit sans difficulté, malgré les étroites dimensions du détroit supérieur et ne présenta rien de particulier.

---

## OBSERVATION D'HERPÈS FÉBRILE

Par le docteur BOUCAUD, médecin de l'Hôtel-Dieu.

J... M<sup>r</sup>..., âgé de 26 ans, cantonnier, était malade depuis 15 jours, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Croix-Rousse, salle St-Eucher, n° 15, le 14 avril 1865.

Faible et souffrant des jambes, ce jeune homme éprouva d'abord du mal de tête, des douleurs dans les membres, de l'anorexie avec bouche mauvaise; puis la déglutition devint pénible et douloureuse.

Le jour de son entrée, la langue était couverte de plaques blanchâtres qui s'étaient étendues à la muqueuse buccale. La face interne des joues, les gencives, les lèvres étaient parsemées de ces taches blanches. L'orifice des fosses nasales était presque obturé par une croûte sanguinolente; mais on apercevait sur la cloison, au point où la peau se continue avec la muqueuse, quelques grosses vésicules enflammées. L'angle interne des yeux, le bord libre des paupières étaient agglutinés par du mucus visqueux, et la conjonctive était injectée.

A la bouche, la forme vésiculeuse de l'inflammation pouvait être reconnue comme à l'orifice du nez. Les lamelles blanches qui tapissaient la muqueuse buccale pouvaient être détachées comme de fausses membranes, à l'aide d'un léger frottement; les lambeaux membraneux ainsi détachés étaient de petite dimension à la langue, mais très-étendus au bord des lèvres.

Après l'ablation un peu douloureuse de ces membranes, on trouvait la surface du derme rouge, hérissée de petites saillies sanguinolentes et parfaitement semblables au corps papillaire mis à nu par la vésication ou la brûlure. Le malade, dur d'oreilles, du reste, devint tout à fait sourd pendant la période croissante de son affection.

J'ai pensé qu'un herpès fébrile avait envahi les muqueu-

ses buccale, pharyngienne et nasale ; avait épargné les voies aériennes inférieures et ne s'était pas propagé au larynx. La propagation au pharynx, quoique l'examen fût empêché par la douleur, me fut démontrée par la surdité croissante, la dysphagie et la somnolence des premiers jours.

Sur le prépuce, je trouvai trois grosses vésicules d'herpès, sur le gland une plaque blanchâtre épidermique analogue à celles que j'avais arrachées des lèvres ; sur un autre point, la muqueuse du gland présentait une petite surface sans épithélium, un peu saignante et d'un rouge framboisé comme les exulcérations de la bouche.

Le malade est, aujourd'hui 10 mai, parfaitement guéri et va quitter l'hôpital. Il a repris ses forces d'emblée et n'a aucune paralysie ni au voile du palais, ni dans les muscles des membres.

Cette maladie, bien que fébrile et très-aiguë au début, est donc tout à fait différente de la diphthérie. Les symptômes étaient différents, du reste ; des lamelles épidermiques peu consistantes, une surface ulcérée indiquaient assez la différence des deux maladies. Aujourd'hui je montre la différence du pronostic ; l'examen de la verge ne laissa à plusieurs personnes aucun doute sur la forme herpétique de cet exanthème.

Dans quelle classe nosologique placer cet herpès multiple et fébrile survenu spontanément ?

Je serais porté à le placer dans les pyrexies, à côté de l'érysipèle, de l'érythème noueux, c'est-à-dire à côté des fièvres éruptives non contagieuses et sujettes à récider.

---

## REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

---

**Cas d'endocardite**, par le docteur CORRIGAN. — Le docteur Corrigan présente l'observation et l'autopsie d'un cas d'endocardite avec ascite chez une jeune fille de 19 ans, en traitement à l'hôpital de Withwoorth. Le point intéres-

sant de cette observation, c'est l'absence de rapport direct, de corrélation entre les deux symptômes, l'ascite et l'endocardite; car, malgré le développement du liquide, les grosses veines du cou et la face n'étaient pas très-turgescents; de sorte que l'on pouvait considérer l'ascite comme une maladie distincte, mais ayant toutefois un rapport de cause avec l'endocardite. Les signes de l'endocardite étaient, lorsque la jeune malade fut admise à l'hôpital: une orthopnée intense, la coloration bleuâtre des lèvres et une faiblesse excessive de la circulation.

L'endocardite est une lésion que l'on diagnostique autant par des signes négatifs que positifs. Pour ce cas, en effet, l'orthopnée n'indiquait qu'une gêne très-grande de la respiration ou de la circulation; la faiblesse de la contraction cardiaque pouvait tenir ou à une pleurésie, ou à une péricardite; l'idée d'un épanchement dans le péricarde fut abandonnée, parce qu'il n'y avait eu, à aucun moment, bruit de frottement, ni matité arrivant au niveau de la deuxième ou première côte. Ainsi faiblesse de la contraction du cœur et modification de ses bruits, tels furent les signes qui firent reconnaître l'endocardite. La jeune fille fut soulagée de son ascite par plusieurs ponctions, mais graduellement la maladie fit des progrès, et la malade mourut six mois après.

L'autopsie fut intéressante à plusieurs points de vue, mais surtout au point de vue de la marche de la maladie; des dépôts fibrineux s'étaient formés sur les valvules et présentaient divers degrés d'organisation; sur quelques points, le produit inflammatoire ressemblait à une lymphe de récente formation; les valvules de l'artère pulmonaire étaient saines, transparentes; une des valvules de l'aorte était épaissie par des dépôts fibrineux qui la faisaient adhérer à sa base et produisaient une insuffisance aortique. Au point de vue du traitement, la conclusion de ce fait est que la maladie est pour longtemps à l'état aigu, que le processus inflammatoire développe longtemps ses produits sans appareil fébrile, et que le traitement par les antiphlogistiques, la contre-irritation et tous les autres agents qui peuvent agir sur l'absorption, est formellement indiqué, même à une époque éloignée du début de la maladie.

**Cas d'apoplexie sur un jeune enfant**, par le docteur MACLAGON, président de la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg. — Le docteur MacLagon présente à la Société la partie supérieure de l'hémisphère cérébral droit, le cervelet, le pont de Varole et la moelle allongée d'une jeune fille de 9 ans morte d'une hémorrhagie cérébrale, précédée de symptômes épileptiques.

Une première attaque avait eu lieu quelques mois avant, et la malade en avait conservé une paralysie partielle, mais permanente du bras et de la jambe droite. La section de l'hémisphère droit montre dans sa partie supérieure les restes d'un ancien caillot coloré en jaune foncé et contenu dans une cavité. Un examen très-attentif ne peut découvrir aucune autre lésion pour expliquer la paralysie du côté droit et les convulsions épileptiques.

Ce fait est remarquable au point de vue de l'âge du malade qui ne présentait aucune trace de syphilis héréditaire, au point de vue de la lésion située du même côté que la paralysie, et l'examen des vaisseaux fit découvrir une petite plaque de dégénérescence calcaire de l'artère cérébrale moyenne vers sa division.

H. CHATIN.

**Accidents locaux consécutifs à la paracentèse abdominale, et sur les moyens d'y remédier**, par M. LÉCARD, médecin-major de 2<sup>e</sup> classe. — L'auteur, dans cet article, s'est proposé de démontrer : 1<sup>o</sup> que la paracentèse n'est point *toujours* une opération aussi « innocente » que les auteurs ont bien voulu le dire ; 2<sup>o</sup> que des accidents locaux, autres que l'hémorrhagie artérielle, la compliquent parfois d'une manière fâcheuse ; 3<sup>o</sup> enfin, que le meilleur moyen de les éviter, ou tout au moins d'en diminuer le nombre et la gravité, serait d'adopter, à peu près exclusivement, le procédé qui consisterait à perforer la paroi abdominale sur l'un des points de la ligne blanche, à trois centimètres au-dessous de la cicatrice ombilicale.

Parmi les accidents cités par M. Lécard, nous trouvons la *péritonite consécutive* à une ponction faite d'après le procédé ordinaire, et qui a entraîné la mort du malade ; l'*hémorrhagie veineuse*, que la compression locale, aidée de la

compression générale de la cavité abdominale, n'a pas suffi à arrêter, et qui a nécessité l'emploi de la suture entortillée; l'œdème de la paroi abdominale pouvant gagner le haut des cuisses, le pénis et le scrotum; l'emphysème circonscrit ou étendu de ces mêmes parois.

Quelques-unes des complications énumérées ont été assez graves pour entraîner la mort.

Aussi, en raison de ces accidents, l'auteur conseille-t-il de ponctionner la ligne blanche à quelques centimètres au-dessous de la cicatrice ombilicale. — Dans le cas où l'on serait, pour quelque motif, obligé de suivre la méthode ordinaire, le médecin devra recommander au malade de se tenir dans le décubitus latéral droit pour éviter l'extravasation de la sérosité à travers les mailles du tissu cellulaire. Pour se garantir de l'emphysème, il vaudrait mieux fermer la plaie extérieure avec une ligature que la laisser béante sous la protection inefficace d'un morceau de diachylon. — L'avantage de la ponction sur la ligne blanche est de rendre ces précautions inutiles. — (*Recueil de mém. de méd., de chir. et de pharm. militaires*, mai 1865.)

**Accidents graves causés par la teinture d'arnica prise à haute dose.** — Un homme d'âge moyen fut apporté, en août dernier, à l'hôpital Sainte-Marie, de Londres, dans un état de collapsus considérable. Il avait les yeux enfoncés, vitreux et exprimant l'anxiété; les pupilles dilatées et insensibles à l'action de la lumière; le pouls au-dessus de 100, faible et ondulant; la peau froide, mais aride. Il se plaignait, d'une voix basse et mal articulée, d'une vive douleur à l'épigastre, et racontait qu'il avait avalé, par méprise, environ une once de teinture d'arnica qu'il s'était procurée pour l'employer en lotion. Il n'y avait d'abord attaché que peu d'importance, ne ressentant pas de douleurs et n'éprouvant d'autre sensation désagréable qu'une sécheresse de la bouche, qu'il avait attribuée à l'action de l'alcool. La plus grande partie de la nuit s'était passée dans un bon sommeil; mais le matin, de bonne heure, huit heures environ après l'ingestion de l'arnica, il avait été réveillé par une douleur aiguë au creux de l'estomac. En

voulant se lever, il s'était senti faible et avait eu des nausées, mais sans pouvoir vomir; puis il était tombé dans l'état de collapsus noté ci-dessus. La pression de l'épigastre était très-douloureuse, et la résonnance de la région était moins étendue qu'à l'ordinaire, sans doute par suite de l'état de vacuité de l'organe revenu sur lui-même. On n'eut recours, pour le traitement, ni aux vomitifs, ni à la pompe stomacale, en raison du temps déjà considérable qui s'était écoulé depuis l'accident. On administra du laudanum, 20 gouttes, dans une once d'eau-de-vie, dose qui fut répétée au bout de deux heures, et en même temps on s'appliqua à réchauffer le patient. Les douleurs s'apaisèrent, le sommeil vint, la température de la peau et le pouls se relevèrent, en même temps que s'abaissa la fréquence de celui-ci, et le malade se rétablit assez rapidement. — (*Revue de thérapeutique*, 15 mai 1865.)

**Quel est le meilleur moyen d'arrêter les sueurs colliquatives en général, et celle des phthisiques en particulier?** par M. RODOLFI, de Brescia. — Depuis dix ans, je me suis occupé à résoudre, en tout ou en partie du moins, le problème énoncé ci-dessus. Je crois pouvoir passer sous silence les nombreuses observations, les expériences variées, les combinaisons binaires, tertiaires et quaternaires que j'ai essayées successivement avant d'arriver à un résultat satisfaisant. Je me bornerai donc à exposer les résultats que j'ai obtenus, en priant tous mes collègues d'en constater la vérité au lit du malade.

La formule qui a le mieux atteint le but est la suivante :

Pr. Bicarbonate de soude, demi-gramme.

|                       |                          |
|-----------------------|--------------------------|
| Fleur de soufre,      | } à quinze centigrammes. |
| Magistère de bismuth, |                          |

M. Pour un paquet. Donner 12 doses semblables.

A prendre un paquet toutes les deux heures.

Voici les résultats cliniques que j'ai obtenus par l'emploi des poudres susdites :

1° Continué pendant quatre ou cinq jours consécutifs avec constance et exactitude, elles suspendent ou tout au moins diminuent les sueurs colliquatives, quelle

qu'en soit la cause, et améliorent aussi l'état général du malade.

2° Les sueurs abondantes des phthisiques disparaissent presque toujours sans donner lieu à une aggravation des symptômes en cours, ou à l'apparition des symptômes nouveaux.

3° Si, au bout de quelques jours, on suspend l'administration des poudres, on voit réapparaître les symptômes primitifs.

4° Les sueurs disparaissent dès que les malades sont de nouveau soumis à l'influence du médicament.

5° L'usage prolongé des poudres pendant quinze ou vingt jours chez la plupart des tuberculeux et chez ceux qui sont atteints de catarrhe des bronches accompagné de sueurs, détermine une amélioration plus ou moins constante, toujours subordonnée, il est vrai, au genre de vie et au degré d'altération que présentent les viscères.

6° Les tuberculeux ne se plaignent d'ordinaire que d'une soif un peu plus vive.

7° L'œdium albicans, parmi les derniers symptômes avant-coureurs de la mort du phthisique, disparaît le plus souvent pendant l'emploi de ces poudres.

8° Celles-ci ne sont pas bien tolérées par les phthisiques qui ont un estomac très-délicat et qui sont atteints de diarrhée colliquative.

9° Chez les tuberculeux comme chez ceux qui sont atteints de catarrhe chronique, on remarque une diminution notable de l'expectoration, sans que celle-ci soit remplacée par de la dyspnée.

11° L'expectoration purulente devient moins copieuse; les crachats de pus disparaissent graduellement et sont remplacés par une expectoration blanchâtre, liquide, parfois spumeuse, moins visqueuse, moins albumineuse. — (*Journal de médecine de Bordeaux*, mai 1865.

---



## BULLETIN

## I. ACADÉMIE DES SCIENCES.

*Nature de la pustule maligne. — Effets physiologiques de la curarine. — Composition de la liqueur d'absinthe.*

*Séances du 19 juin au 10 juillet. — Recherches sur la nature et la constitution anatomique de la pustule maligne, par M. C. Davaine.* — Dans cette nouvelle note, l'auteur fait connaître deux nouveaux faits qui lui ont été communiqués par M. Mauvezin et qui tendent à établir que les bactériidies constituent réellement l'élément capital de la pustule maligne.

« Les pustules soumises à mon examen avaient été extirpées toutes les deux au troisième jour de leur développement, et elles avaient été placées immédiatement après dans une solution d'acide chromique. Leur durcissement par ce liquide et leur conservation parfaite m'ont permis de me rendre compte non-seulement de l'existence des bactériidies dans la tumeur, mais encore de la disposition et des rapports de ces corpuscules. Des coupes très-minces et l'action un peu prolongée de la potasse caustique qui dissocie ou dissout les éléments de la peau, tout en respectant les bactériidies, m'ont donné ce résultat d'une manière nette et précise.

« Dans les deux cas, les bactériidies occupaient le centre de la pustule; elles étaient situées dans la couche muqueuse ou de Malpighi, au-dessous de la couche épidermique superficielle; elles n'y étaient point uniformément réparties, mais elles formaient des groupes, des îlots disséminés et séparés par des groupes de cellules épithéliales normales. Dans chacun des groupes de bactériidies, ces petits corps existaient par milliers, constituant un feutrage très-compact.

« Les bactériidies, d'abord confinées dans les couches épidermiques de la peau, s'introduisent plus tard dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques du derme et, entraînées par le fluide qui y circule, elles vont infester le reste de l'économie. Un fait récent observé par M. le docteur Lancereaux, dans le service clinique de M. le professeur Grisolle, prouve que ce n'est

point là une simple conception de l'esprit, mais que tel est, en effet, la marche de ces corpuscules dans l'évolution de la pustule maligne.

« Du sang pris dans le cœur, chez un lustreur en pelleteries mort d'une pustule maligne, examiné au microscope par M. Lancereaux, lui offrit des bactéridies en grand nombre. Une goutte de ce sang, qui me fut remise quelques jours après l'autopsie, contenait de même un grand nombre de ces corpuscules ayant tous les caractères de ceux du *sang de rate*. Les globules sanguins étaient agglomérés par amas comme dans cette dernière maladie. J'inoculai la petite goutte de sang par quatre piqûres à un cobaye très-vigoureux. Deux jours après, l'animal mourut, et son sang m'offrit des bactéridies en nombre extrêmement considérable.

« Les notions nouvellement acquises sur la constitution de la pustule maligne me font espérer que la recherche des bactéridies, en ayant soin de la faire dans le centre de la tumeur et avec le secours de la potasse, ainsi qu'il a été dit plus haut, deviendra un moyen de diagnostic d'autant plus précieux qu'il pourra donner des indications au début même du mal. »

— *Note sur les effets physiologiques de la curarine*, par M. Cl. Bernard. — En reprenant dernièrement mes études sur les effets du curare dans mon cours au Collège de France, j'ai prié M. le docteur W. Preyer jeune, chimiste physiologiste distingué qui suivait mes expériences, de vouloir bien essayer d'extraire la curarine à l'état de pureté, afin de pouvoir étudier ses effets physiologiques comparativement avec ceux du curare.

1<sup>o</sup> L'expérience sur les animaux m'a montré que la curarine était au moins vingt fois plus énergique que les curares d'où elle a été extraite. Un milligramme de curarine en dissolution dans l'eau, injecté sous la peau d'un lapin de forte taille, le tue très-rapidement, tandis qu'il faut 20 milligrammes de curare en dissolution, et injectés de même sous la peau, pour obtenir un effet toxique mortel sur un lapin de même poids.

2<sup>o</sup> Les effets physiologiques de la curarine sont identiques, sauf l'intensité, avec ceux du curare.

*Note sur la liqueur d'absinthe*, par M. Deschamps (d'Avallon). — L'auteur a résumé les résultats de ses études dans les conclusions suivantes :

Cette liqueur ne contient aucune substance réellement dangereuse.

L'absinthe est un alcoolat coloré avec des sucres d'épinard, d'ortie, etc., mais le végétal *absinthe* ne sert jamais à cet usage.

L'indigo et le curcuma, qui ont été employés quelquefois pour la colorer sont complètement inoffensifs.

Les traces de cuivre qu'on y rencontre quelquefois ne peuvent être attribuées qu'à l'action de la liqueur sur les robinets de laiton qui sont adaptés aux bidons des cantinières, ou à de petits tonneaux, ou bien encore aux vases dont se servent les débitants et quelques fabricants, et non à l'introduction du sulfate de cuivre dans cette liqueur. C'est, d'ailleurs, la seule interprétation qui puisse être admise pour expliquer les traces de cuivre que nous avons trouvées dans une partie des absinthes que nous avons analysées.

L'absinthate de potasse ne se trouve point dans cette liqueur et ne peut en aucune manière exercer sur l'économie des effets nuisibles.

L'action que cette liqueur produit sur les buveurs ordinaires ne peut être attribuée qu'à l'alcool qu'elle renferme, et toutes choses égales d'ailleurs, elle ne grise pas plus que les autres liqueurs.

La chaleur que la personne qui boit de l'absinthe sans eau ressent sur la membrane muqueuse de l'estomac est due à l'action instantanée de l'alcool que cette liqueur contient, et si cette personne n'est pas immédiatement placée sous l'influence de l'ivresse qu'elle éprouve dans une autre circonstance, c'est parce que l'absorption est retardée par suite de cette action.

Un verre d'absinthe pris par hasard ne peut exercer aucune influence fâcheuse sur l'état mental du buveur.

Le danger réel qu'elle présente réside dans sa saveur sucrée qui est due aux essences d'anis et de badiane, et qui ne laisse pas dans la bouche cette sensation pâteuse et désagréable qui succède toujours à l'ingestion des liquides qui contiennent du sucre; dans la propriété qu'elle a d'étancher la soif et de déterminer des éructations agréables qui excitent d'une manière impérieuse le buveur d'absinthe à retourner chez le marchand de liqueurs.

Celui qui aurait la force de résister à la tentation, et de ne prendre qu'un verre d'absinthe par jour, ne serait pas plus exposé qu'avec les autres alcooliques.

Les effets funestes que l'on a constatés chez les buveurs de ce liquide ne peuvent être attribués en aucune manière à l'absinthe végétale, puisque celui qui boit dix verres de cette liqueur n'est

pas sous l'influence des principes aromatiques de l'absinthe, qui est généralement employée pour faire une bouteille de tisane.

L'état d'abrutissement auquel arrive successivement le buveur d'absinthe est très-facile à comprendre. En effet, celui qui boit 3, 5, 6, 8, 10, 20, 30 verres de cette liqueur par jour est sous l'influence de 90, 150, 180, 240. 300, 450, 600 et 900 centimètres cubes d'alcool à 43,2, 45, 53,6, 56,4, 61,2, 61,6, 61,8, 65,8 et 69,2 degrés centésimaux.

On ne peut supposer qu'un verre d'absinthe, qui ne contient au plus que 75 milligrammes de principes aromatiques, puisse produire des phénomènes d'intoxication et renverser sur le carreau l'imprudent qui le boirait sans précaution.

Il est impossible d'admettre, sans commettre d'erreur, que l'essence d'anis, etc., qui s'est émulsionnée en ajoutant lentement de l'eau à la liqueur d'absinthe, puisse être la cause principale des effets morbides qu'éprouvent les buveurs.

On ne peut commencer à s'occuper de l'action que l'essence d'anis, etc., peut exercer sur les buveurs d'absinthe, qu'alors qu'ils boivent, chaque jour, une quinzaine de verres de cette liqueur qui renferme par verre de 61 à 75 milligrammes d'essences.

Il n'est pas étonnant qu'on ait remarqué que l'absinthe des buveurs agissait sur l'économie à la manière des poisons narcotico-âcres puisque l'alcool appartient à cette classe de poisons.

La liqueur de la Grande-Chartreuse produirait les mêmes effets que la liqueur d'absinthe, si on en buvait autant.

Enfin, nous verrons un progrès remarquable dans nos mœurs, lorsque le nombre des débitants de boissons alcooliques diminuera au lieu d'augmenter.

---

## II. ACADEMIE DE MÉDECINE.

*De la contagion de l'érysipèle. — Le jus de citron contre l'angine couenneuse. — Le diabète et la goutte traités par l'air ozonisé. — Lésions anatomiques produites par l'alcoolisme. — De la méthode électrolytique.*

*Contagion de l'érysipèle. — M. Gosselin, dans un rapport qu'il lit en son nom et au nom de MM. Malgaigne et Jolly, sur un*

mémoire de M. le docteur Blin concernant la *contagion de l'érysipèle*, rappelle que cette question est encore en litige. Les uns, comme Chomel et Blache, Rayer, Cazenave, Bérard et Denonvilliers, nient la contagion : d'autres, comme Graves, Trousseau, Grisolle, Follin, admettent que, dans certaines circonstances, l'érysipèle est contagieux.

Pour faire avancer la question, il fallait des faits observés en dehors des hôpitaux, de telle sorte qu'il fût, sinon impossible, du moins très-difficile d'invoquer comme cause de la maladie une viciation de l'air par d'autres miasmes que ceux provenant de l'érysipèle lui-même.

M. Gosselin cite douze faits appartenant à M. Blin et plusieurs autres qui lui sont propres et qui tous rentrent dans cette catégorie ; puis il conclut avec M. Blin que « l'érysipèle est contagieux non par inoculation, mais par infection. Seulement il faut, pour contracter la maladie, une prédisposition ou une aptitude spéciale de l'économie, et souvent aussi une plaie préalable qui serve de porte d'entrée à l'élément miasmatique. »

Voici les conséquences pratiques à tirer de cette conclusion : 1° Ne pas placer les blessés, et surtout les opérés, dans une pièce où il y a déjà des érysipélateux ; 2° renouveler l'air de la salle ; 3° ne pas admettre dans les salles d'opérés des érysipélateux qui arrivent du dehors ; engager les personnes qui soignent les érysipélateux à changer souvent d'air et à ne pas rester constamment auprès de leurs malades. (*Séance du 20 juin 1865.*)

*Traitement de l'angine couenneuse par le jus de citron. —*

M. le docteur Revillout fils, dans cette note, propose d'employer le jus de citron à haute dose en gargarisme pour utiliser son action topique plutôt que son action générale.

Voici comment l'on procède : On commence par employer par heure au moins le jus de quatre citrons, en en laissant tomber une partie dans l'arrière-gorge, afin d'agir sur le pharynx durant la déglutition ; sous l'influence de cette pratique, qui est, du reste, très-douloureuse, l'engorgement inflammatoire ne tarde pas à céder, de sorte que les fausses membranes se plissent et tombent ordinairement 24 heures ou 36 heures après le début du traitement ; on diminue progressivement la dose du médicament, de manière à n'employer plus que le jus de trois, de deux ou d'un citron par heure ; les fausses membranes se reproduisent quelquefois deux ou trois fois, mais de plus en plus minces, et toujours la maladie s'améliore très-rapidement. La quantité de citrons nécessaire pour la cure est en moyenne de 180 à 200.

M. Revillout ajoute que le jus de citron doit ses succès à son action topique, de sorte qu'il est tout à fait inefficace dans la diphthérie du larynx et de la trachée ; il guérit l'inflammation diphthéritique sur laquelle on l'applique, mais il ne prévient pas les phénomènes nerveux consécutifs, tels que paralysies, névralgies, etc., que l'on voit quelquefois succéder au croup ou à l'angine couenneuse. (*Séance du 20 juin 1865.*)

*Traitement du diabète et de la goutte par l'air ozonisé.* — Tel est le sujet d'un travail adressé à l'Académie par M. le docteur Scelles, de Montdésert.

M. Chatin, rapporteur de ce travail, entre dans quelques détails sur la production de l'ozone au contact de l'eau réduite en poussière ; sur les lieux où, selon toute probabilité, le bien-être éprouvé par les malades peut être attribué à l'influence de l'ozone ; sur les moments de l'année ou du jour où l'on observe le maximum de la production ozonométrique ; puis il signale comment, d'après l'auteur, l'oxygène existant en abondance dans l'air respiré, le sucre est plus facilement brûlé dans l'économie. Il fait remarquer, en outre, que le voisinage des forêts est une circonstance qui favorise la production de l'ozone et qu'il protège même les villes ainsi entourées contre l'invasion des épidémies. Versailles, on le sait, n'a pas été atteint du choléra de 1832 et de 1849.

Il serait bon, au point de vue thérapeutique, de donner de l'ozone à l'atmosphère qui environne les malades ; pour cela, on pourrait, suivant le conseil de M. Scelles, faire tomber un filet d'eau sur des substances capables de réagir chimiquement les unes sur les autres sans donner naissance à des produits nuisibles. L'air ozonisé développé ainsi serait un oxydant énergique qui activerait toutes les combustions organiques. (*Séance du 27 juin 1865.*)

*Altérations des tissus et des organes causées par l'abus de l'alcool.* — Il résulte des faits exposés par l'auteur, M. Lanceaux, que l'alcool détermine des lésions de deux ordres.

D'abord une tendance à l'hyperplasie se rapprochant du travail organique désigné par Hunter sous le nom d'inflammation adhésive. C'est ainsi que se produisent les coutures hépatiques, les fausses membranes des méninges.

On trouve plus tard et ailleurs des dégénérescences graisseuses, des opacités et des granulations huileuses qui se substituent à la

trame des organes; les os deviennent graisseux; le pancréas, le foie présentent des dégénérescences analogues.

M. Lancereaux, comparant les transformations des tissus dans un âge avancé à celles que l'on observe chez les individus atteints d'alcoolisme, constate que l'alcoolisme se traduit par une vieillesse anticipée. (*Séance du 4 juillet 1865.*)

*Méthode électrolytique dans son application aux opérations chirurgicales.* — M. Scoutetten lit, sous ce titre, un travail dont voici les conclusions :

Les effets produits par l'électricité sont de trois natures :

1° Electrolysation, c'est-à-dire décomposition des éléments des tissus sans désorganisation.

2° Accumulation des alcalis et des acides à chacun des pôles, cautérisation chimique produite par ces corps sur les tissus; désorganisation.

3° Cautérisation physique produite par le calorique développé par un courant galvanique à travers un fil métallique parfaitement homogène.

Ces deux dernières actions sont des effets secondaires de l'électricité qui ne lui sont pas inhérents et que l'on peut, par cela même, remplacer par d'autres agents, tels que les caustiques alcalins ou le feu.

4° La méthode électrolytique est parfaitement applicable à toutes les tumeurs molles contenant des liquides décomposables, les kystes du poignet, les hydrocèles, les liquides accumulés dans les articulations ou autour d'elles, les ganglions mous du cou, le goître mou, les tumeurs sanguines artérielles ou veineuses; peut-être serait-elle utile dans les kystes de l'ovaire?

Elle doit être rejetée du traitement du cancer, des tumeurs fibreuses et de toutes les tumeurs indurées, à moins qu'elles ne soient d'un très-petit volume et destructibles par une faible cautérisation; elle ne convient nullement au traitement du lipôme et de toutes les tumeurs non enkystées où l'élément graisseux domine. (*Séance du 11 juillet 1865.*)

## BIBLIOGRAPHIE.

**Note sur le levier**, par le docteur RAFFAELE (de Naples) (1).

Le levier, comme instrument de traction et pouvant, dans certaines circonstances, remplacer le forceps, et même réussir là où ce dernier a échoué, est parfaitement inconnu en France. Aussi recommandons-nous à nos lecteurs la courte note sur cet instrument lue par M. Raffaele au Congrès de Lyon; en quelques minutes, ils pourront se mettre au courant de la question, et nous serions bien étonné si, comme nous, ils ne comprenaient pas pourquoi cette méthode est aussi délaissée chez nous, tandis qu'elle est chaque jour employée avec succès en Belgique, en Hollande, en Italie. Nous ne saurions trop féliciter M. Raffaele d'avoir, dans une langue qui n'est pas la sienne, présenté d'une manière aussi claire et en si peu de mots des idées à nous complètement étrangères.

Ainsi, nous le répétons, l'auteur cherche à établir dans cette note que, dans certains cas de *rétrécissement antéro-postérieur du détroit supérieur*, là où le forceps échoue, le levier réussit. Pourquoi le forceps échoue-t-il? pourquoi le levier réussit-il? Nous laissons M. Raffaele répondre.

Le forceps échoue pour quatre raisons :

« 1<sup>o</sup> Lorsqu'il s'agit d'opérer sur une tête qui ne s'engage qu'avec peine dans le détroit supérieur, la tête ne peut pas être tirée de haut en bas et d'avant en arrière, comme elle le devrait pour parcourir la direction des axes du bassin, parce que la ligne courbe parcourue par le forceps et la résistance du périnée empêchent les manches du forceps de se porter en arrière *autant qu'il le faut*, et on ne peut pas tirer convenablement de haut en bas et d'avant en arrière.

Il arrive pour cela que la tête heurte forcément contre le

(1) *Congrès médical de France*, 2<sup>e</sup> session, tenue à Lyon, 1865, p. 584.



pubis et n'obéit pas aux tractions, et, en outre, les extrémités des cuillers, les manches étant portés beaucoup en arrière, doivent exécuter un mouvement de bascule qui les fait accrocher, pour ainsi dire, au pubis, quoiqu'on cherche à éviter cela en pesant avec la main gauche placée près de l'articulation. Il s'ensuit que les efforts les plus énergiques et les mieux dirigés n'aboutissent à rien.

2° Lorsqu'on applique le forceps au détroit supérieur, on saisit la tête de l'occiput à la face, c'est-à-dire par le diamètre qui a le moins besoin d'être amoindri, ou ne l'a pas du tout, et en agissant sur ces diamètres, on comprime la voûte du crâne de l'occiput à la face ; il s'ensuit que le diamètre opposé, le bi-pariétal, qui correspond au diamètre rétréci du bassin, n'est pas du tout amoindri, si toutefois il n'est pas allongé, contrairement aux résultats des expériences de Baudelocque. Toujours est-il qu'on obtient le contraire de ce qu'on veut et doit obtenir, c'est-à-dire la diminution du diamètre de la tête qui correspond au diamètre rétréci du bassin. A ce propos il est utile de rappeler que dans les rétrécissements du bassin, dans l'immense majorité des cas, la tête se place transversalement, tandis que le diamètre rétréci du bassin est l'antéro-postérieur.

3° Lorsqu'on applique le forceps au détroit supérieur dans les cas de rétrécissement du bassin, la tête est presque toujours assez mal saisie, avec beaucoup de dangers pour le fœtus dont on ne peut pas ménager les parties, et pour cela même l'articulation devient souvent impossible.

4° La tête arrêtée au détroit supérieur, ne pouvant pas s'engager, ne se fléchit pas, sauf les cas dans lesquels le mouvement de flexion est accidentellement produit par le fait même de l'articulation du forceps ; elle présente donc à l'orifice utérin sa grande circonférence occipito-frontale. Il s'ensuit que la dilatation de cet orifice doit mesurer la longueur du diamètre occipito-frontal de la tête, pour que celle-ci le franchisse sans difficultés. Cependant, dans les rétrécissements du bassin, l'un des agents mécaniques de la dilatation de l'orifice utérin, *l'avancement de la tête* faisant défaut, l'orifice se dilate lentement et incomplètement, et, par ce fait, il oppose une résistance à la descente de la tête

saisie par le forceps du front à l'occiput, lorsque surtout on est forcé d'agir de bonne heure. En outre, le forceps saisissant la tête au détroit supérieur par le diamètre occipito-frontal, l'écartement de ses branches est considérable, et il s'ensuit que l'orifice, tirailé dans son diamètre transverse, s'allonge dans ce sens et se rétrécit dans l'autre. Or, ce changement de forme de l'orifice et la grande tension de ses bords opposent assez souvent un obstacle à la tête entraînée par le forceps.

Maintenant le levier est-il un instrument capable de remplacer le forceps sans avoir ses inconvénients? Est-il capable d'entraîner en pareils cas une tête d'une manière plus sûre et plus facile?

1° Le mode d'application du levier, c'est-à-dire la manière dont il saisit la tête, permet d'exercer, suivant les axes du bassin, des tractions qui ne demandent pas beaucoup de force.

2° Le levier étant appliqué sur la région mastoïdienne du fœtus; il en résulte que le crâne est comprimé entre le levier et la partie postérieure du détroit supérieur; l'on obtient ainsi une diminution du diamètre bi-pariétal qui correspond au diamètre rétréci du détroit supérieur.

3° Le levier ne peut être jamais dangereux pour le fœtus, ne s'appliquant jamais sur la face, mais sur la région mastoïdienne, dans l'immense majorité des cas.

4° Le levier étant placé entre le pubis et la région mastoïdienne du fœtus, il pousse la tête contre le sacrum, avant de tirer en bas; de là deux grands avantages: on évite l'obstacle qu'oppose le pubis, et on a un point d'appui dans le sacrum, avantages qui rendront facile la descente la tête suivant les axes du bassin.

5° Lorsqu'on emploie le levier, la flexion de la tête a lieu presque toujours, parce que la portion occipitale de celle-ci est, pour ainsi dire, forcée par le levier à descendre la première. La tête franchit donc l'orifice utérin par sa petite circonférence sous-occipito-bregmatique, et, pour cela, l'orifice n'a pas besoin d'être complètement dilaté, et la tête ne trouve en lui aucun obstacle pour sa descente. En outre, par le levier, l'orifice utérin ne souffre pas d'écartement et

de tiraillement, ses bords donc ne sont pas tendus par le fait même de son application, comme il arrive avec le forceps. »

Tels sont les avantages du levier, opposés aux inconvénients du forceps. L'expérimentation sur le cadavre, et la pratique des accoucheurs belges et hollandais déposent en faveur de ce rival du forceps. Mais comment l'appliquer, comment le manier? Le voici : le levier, introduit comme la première branche du forceps, puis, par un mouvement de glissement, étant porté en avant entre la tête du fœtus et le pubis, sa face concave appliquée sur la tête et regardant en arrière, il faut s'en servir d'abord comme d'un levier du premier genre dont le point d'appui est la *main gauche* de l'accoucheur placée sur le collet de l'instrument, assez près de la vulve, et dont la puissance, représentée par la main droite, est appliquée à l'extrémité du manche.

Ainsi ce n'est pas sur le pubis que doit être pris le point d'appui, mais bien sur la *main gauche*. A ce moment, les deux mains doivent agir en sens contraire, et la main droite relever le manche. Le manche étant suffisamment relevé, le levier doit être alors manié comme un levier du troisième genre, dont la main droite, placée sur le manche, représente le point d'appui, et la main gauche, abaissant directement le collet, la puissance. L'on fait ainsi du levier comme la branche antérieure d'un forceps Baumers dont la gouttière sacrée serait la branche postérieure. Ainsi manié, le levier devient un puissant moyen de *traction*; et semblable assertion *à priori* est facile à admettre. En résumé, lorsque nous rapprochons ces deux faits : position le plus ordinairement transversale de la tête, et rétrécissement le plus ordinairement antéro-postérieur du détroit supérieur, d'une part, du mode d'application du forceps, de la manière dont il saisit la tête, et d'autre part, du mode d'application du levier et de la manière dont il saisit cette même tête, rien ne nous paraît plus rationnel que le levier. Nous savons bien que M. Chassagny dit qu'entre les branches de son forceps la tête prend naturellement la position qui lui convient, que son instrument ne contrarie en rien les mouvements de rotation et de flexion nécessaires; mais il n'en est pas moins vrai que l'application elle-même doit en

être difficile, comme celle du forceps ordinaire, dans le cas de position transversale de la tête au détroit supérieur. Quoi qu'il en soit, cette question du levier nous paraît devoir être sérieusement examinée; aussi nous joignons-nous à M. Raffaele pour engager les accoucheurs français à l'étudier.

H. SOULIER.

---

**De l'influence pathogénique des maladies pulmonaires sur le cœur droit**, par le docteur XAVIER GOURAUD, ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris. (Thèse inaugurale.)

La lecture du titre de ce travail dit tout d'abord assez sous quel point de vue nouveau et original M. Gouraud a étudié les affections du cœur. Nous ne saurions trop engager nos lecteurs à ne pas se contenter de notre analyse incomplète; en allant à l'œuvre elle-même, ils y trouveront charme et profit, car la correction et la clarté du style n'y cèdent en rien à la solidité du fond.

Quelles conséquences sur le cœur droit ont ou peuvent avoir les maladies du poumon? Et par suite de l'insuffisance des orifices du cœur droit, quelles autres conséquences sur les organes, sur la circulation générale, auront ces mêmes maladies pulmonaires? Tel est le sujet de ce travail. Il s'agit bien évidemment ici d'influence mécanique seule.

C'est surtout dans le cas d'affection chronique du poumon que l'on peut observer des complications du cœur droit; dans les affections aiguës, celles-ci sont rares; et la raison en est simple, car il est évident que l'influence du poumon sur le cœur doit demander un certain temps pour se produire; aussi, ce sera seulement dans les maladies aiguës, généralisées à un poumon entier ou aux deux poumons, avec adynamie très-prononcée, et surtout chez les vieillards, que s'observeront ces complications.

Les altérations des parois du cœur droit, qui peuvent être produites par une maladie des poumons, sont : l'*hypertrophie*, la *dilatation*, la *dégénérescence graisseuse*.

L'hypertrophie peut se présenter avec ses trois formes décrites par Bertin : l'hypertrophie *simple*, l'hypertrophie *excentrique*, l'hypertrophie *concentrique*, cette dernière forme étant la plus rare. Après avoir rappelé que M. Cruveilhier admettait deux sortes de causes pour produire l'hypertrophie, l'*action exagérée de l'organe* et un *travail morbide fluxionnaire*, M. Xavier Gouraud, adoptant l'opinion de l'éminent professeur, cherche à rattacher ce travail morbide fluxionnaire aux phénomènes de nature réflexe ; il suppose que la gêne de l'hématose et l'obstacle mécanique à la petite circulation peuvent être « le point de départ » d'une paralysie des capillaires du cœur, paralysie qui « amènerait une hyperhémie de nature spéciale, capable « d'exagérer la nutrition moléculaire du muscle cardiaque, « au point de produire l'hypergénèse des fibres musculaires « du centre circulatoire. »

Mais nous avons hâte d'arriver aux chapitres dans lesquels l'auteur trace l'histoire des *insuffisances* relatives des orifices du cœur droit, produites par la gêne de la petite circulation, et étudie les symptômes qu'elles font naître. M. Gouraud est le premier, croyons-nous, qui ait fait cette histoire et montré d'une manière précise le mode pathogénique de ces insuffisances.

L'auteur établit d'abord un caractère différentiel important, qui sépare ces insuffisances fonctionnelles, relatives, des insuffisances organiques, absolues, qui succèdent à une endocardite ; c'est que les premières ne sont que très-rarement compliquées de rétrécissement, tandis que la coexistence du rétrécissement est la règle pour les secondes.

M. Gouraud entre ensuite dans des détails et sur l'insuffisance des valvules sigmoïdes pulmonaires, et sur l'insuffisance de la valvule tricuspide, celle-là naturellement précédant toujours celle-ci.

L'insuffisance auriculo-ventriculaire droite n'a guère qu'un seul symptôme cardiaque, un bruit de souffle au premier temps et à la pointe. A propos de ce souffle, nous ne pouvons pas ne pas rappeler le travail que M. Parrot vient de publier cette année dans les archives (*Etude sur un bruit de souffle cardiaque symptomatique de l'asystolie*), pour signa-

ler précisément à l'attention des cliniciens un nouveau bruit de souffle produit par l'insuffisance de la valvule auriculo-ventriculaire droite dans l'asystolie. Ce travail du savant agrégé est venu à point pour confirmer la justesse des idées de M. Xavier Gouraud, puisque sur les sept observations qui constituent la base du travail de M. Parrot, il y en a six dans lesquelles l'asystolie est de cause pulmonaire, c'est-à-dire due à une gêne de la petite circulation.

S'il n'y a qu'un symptôme cardiaque de l'insuffisance tricuspidale, il en est d'autres secondaires qui sont nombreux ; ce sont :

- 1° Le gonflement et les pulsations des jugulaires ;
- 2° Les congestions ;
- 3° Les hydropisies.

L'étude de ces symptômes forme un chapitre très-complet, très-étendu, que nous ne pouvons analyser. Pour en donner une idée, nous nous contenterons de dire que l'auteur passe successivement en revue ;

- 1° La congestion de la peau, ou cyanose ;
- 2° La congestion hépatique ;
- 3° La congestion rénale ;
- 4° La congestion cérébrale ;
- 5° La congestion rétinienne ;
- 6° La congestion de la muqueuse gastro-intestinale ;
- 7° La congestion de la muqueuse utérine.

Plusieurs de ces congestions ont pour conséquence un catarrhe, une hémorrhagie, des hydropisies.

Laissant de côté l'hydropisie qui est la conséquence de la congestion rénale, ne nous arrêtons qu'à l'œdème des affections cardiaques. Cet œdème, qui commence par les membres inférieurs et qui, dans son mécanisme, n'est pas différent ici, nous semble-t-il, de ce qu'il est dans les affections du cœur gauche, est évidemment la conséquence de la congestion veineuse du tissu cellulaire, congestion passive avec stase. Quel rôle jouent dans l'extravasation de la sérosité, soit l'élément *gène mécanique de la circulation*, soit l'*altération du sang*, qui est immédiatement la conséquence de la stase ? ce n'est pas le moment de le discuter.

M. Gouraud nous a paru considérer les hydropisies qui

surviennent dans l'insuffisance auriculo-ventriculaire comme produites bien plus par la gêne de la circulation pulmonaire, cause de l'insuffisance, que par l'insuffisance elle-même. Il cherche, en effet, à démontrer que l'insuffisance de la circulation pulmonaire suffit à elle seule pour produire l'hydropisie, et à ce sujet, il se demande quelle part doit être faite à la gêne circulatoire, quelle part à l'altération du sang qui est la conséquence de la suspension de l'hématose. Mais nous croyons la suspension de l'hématose n'être pas une cause d'hydropisie, car le système veineux n'en est aucunement influencé, et c'est évidemment des radicules veineuses que s'extravase la sérosité de l'œdème. La suspension de l'hématose ne peut donc avoir qu'une influence très-éloignée sur la production des hydropisies ; et celles-ci, du reste, sont rares dans l'asphyxie proprement dite, qu'elle soit lente ou rapide. Donc, dans la pathogénie de ces épanchements, infiltrations séreuses, le phénomène congestion veineuse avec stase, congestion hypostatique, avec l'altération du sang qui en est étroitement connexe, doit être le phénomène capital, l'élément exclusif de formation.

A ce chapitre très-important de symptomatologie, fait suite un chapitre sur le diagnostic. Les considérations dans lesquelles l'auteur entre sont relatives aux quatre chefs suivants :

- 1° Le cœur droit est-il affecté ?
- 2° En quoi consiste l'affection du cœur droit ?
- 3° Quels sont les phénomènes consécutifs à l'affection du cœur droit ?
- 4° Quelle est la valeur séméiologique de l'affection du cœur droit et du pouls veineux ?

Au sujet de cette quatrième considération, l'auteur établit l'importance des symptômes secondaires de l'insuffisance tricuspide, pour en poser le diagnostic en l'absence des symptômes cardiaques qui manquent souvent, et d'autre part, il fait ressortir la valeur séméiologique des affections du cœur droit et des symptômes qui les font reconnaître, principalement du pouls veineux ou de la dilatation permanente des jugulaires, au point de vue du diagnostic des maladies du poumon.

Un court chapitre sur le pronostic et des observations terminent ce travail, dont cet essai analytique aura, espérons-nous, donné à nos lecteurs une idée suffisante de sa valeur et de son originalité. Mais avant de quitter la plume, nous désirons à cette analyse ajouter quelques mots. Il ne faudrait pas faire de l'insuffisance auriculo-ventriculaire droite, de l'asystolie qui se déclare dans le cours ou à la fin d'une affection étendue des poumons, faire, disons-nous, de cette insuffisance une véritable affection cardiaque. Il n'y a là qu'un simple trouble physiologique, même en admettant l'insuffisance, c'est-à-dire le mouvement rétrograde du sang du ventricule vers l'oreillette; car la stase veineuse, l'asystolie ne suppose pas nécessairement une insuffisance. Mais l'insuffisance même existant, il est évident qu'une différence capitale doit être faite au point de vue nosologique, entre celle qui n'est qu'un simple trouble physiologique, étroitement lié à la gêne de la circulation pulmonaire et disparaissant avec cette gêne, existant sans altération appréciable de l'orifice, et l'insuffisance véritable due à une lésion valvulaire. Le vomissement ne suppose pas toujours une maladie de l'estomac.

H. SOULIER.

---

**De l'urine et des dépôts urinaux, par GOLDING BIRD.**

**Remarques sur les diurétiques.**

Golding Bird, dans son remarquable ouvrage : *De l'urine et des dépôts urinaux* (1), a exposé quelques vues nouvelles sur le mode d'action des médicaments réputés diurétiques. Ces idées n'étant pas encore suffisamment répandues, nous

(1) Paris, Victor Masson, 1861, 1 grand vol. in-8°.



croyons faire chose profitable au public médical que d'en présenter un exposé rapide.

L'éminent auteur anglais pose d'abord la loi suivante :

**PREMIÈRE LOI.** — *Tous les agents thérapeutiques destinés à agir sur les reins doivent être en solution lorsqu'on les administre, ou capables d'être dissous par les liquides de l'économie, soit dans l'estomac, soit dans les premières portions de l'intestin, après avoir été ingérés.*

Tout prouve que le rein ne peut exhaler qu'une substance tenue en solution dans la circulation capillaire de sa surface, à moins de lésion matérielle de celle-ci. On a pourtant prétendu que des transports *métastatiques* de pus pouvaient s'effectuer par les reins, et qu'une effusion purulente d'un empyème pouvait être absorbée et enfin excrétée par l'intermédiaire de ces organes. Mais les capillaires et les vaisseaux lymphatiques, soumis à un examen microscopique attentif, ne présentent aucun pore visible sur leurs parois.

« Comment serait-il possible, — s'écrie Golding Bird, — que des cellules organisées, consistant chacune en une membrane enveloppante granuleuse, avec plusieurs noyaux distincts, pussent pénétrer au travers des parois de vaisseaux dans lesquels on ne découvre aucune ouverture poreuse, et pussent parvenir, sans lésion des surfaces, dans d'autres vaisseaux capillaires, ceux du rein, organisés d'une manière toute semblable? On a indiqué de la même façon, très-vaguement, que les corpuscules sanguins pouvaient provenir, par exsudation, des vaisseaux rénaux, dans certains cas d'hématurie. Les mêmes objections s'appliquent à ces hypothèses. Toutes les expériences prouvent qu'il n'est pas possible aux corpuscules sanguins et purulents de s'échapper directement des capillaires sans une solution évidente de continuité. Lorsque l'urine renferme réellement de l'hématosine, sans qu'il y ait lésion de vaisseaux sanguins, les corpuscules doivent s'être déchirés dans les capillaires, en laissant échapper leur contenu, comme on le voit dans le purpura et le scorbut. »

DEUXIÈME LOI. — *Les corps destinés à atteindre les reins doivent, pour effectuer leur absorption, être dans un état de solution très-étendue, de façon à ce que la densité de la dissolution soit plus faible que celle de la liqueur du sang ou le sérum (c'est-à-dire au-dessous de 1,023).*

Les travaux de Dutrochet sur l'endosmose et l'exosmose (ou l'imbibition et l'exsudation) forment la base de ce précepte.

On sait ce qu'il faut entendre par là. Si l'on fixe à une extrémité d'un tube de verre, ouvert à ses deux bouts, une membrane animale, une portion de vessie, par exemple; qu'on remplisse en partie le tube d'un sirop et qu'on le plonge ensuite dans un verre contenant de l'eau distillée, au bout de peu de temps, le liquide s'élèvera dans le tube, l'eau ayant pénétré au travers de la membrane et s'étant mêlée au sirop; c'est un exemple d'imbibition ou d'endosmose. Que l'on vide le tube, pour le remplir en partie d'eau et le plonger dans le sirop, le liquide, dans ce cas, s'abaissera dans le tube, exsudant par la membrane, et viendra se mélanger au sirop dans le vase extérieur par exosmose. *Comme loi générale, en ce qui concerne les tissus vivants, lorsqu'un liquide est miscible à un autre, et que ces fluides sont séparés par une membrane, le fluide le moins dense pénétrera au travers de cette membrane pour diluer le fluide le plus dense.*

Cette loi physiologique explique comment une solution de 15 grammes d'acétate ou de tartrate alcalin purge, tandis qu'un gramme produit la diurèse. En effet, une solution suffisamment concentrée de tartrate ou d'acétate de potasse échappe complètement à l'absorption par les capillaires; dans tout son parcours, dans l'estomac et les petits intestins, cette solution se dilue par exosmose, en même temps qu'une sensation de soif se manifeste, afin de remplacer l'eau enlevée du sang par l'exsudation. Au lieu d'un diurétique, on a un purgatif *hydragogue*, c'est-à-dire un purgatif produisant des selles aqueuses. L'explication de ce fait

repose entièrement sur des lois physiques ; une exsudation d'eau par les vaisseaux exhalants (capillaires) devient la conséquence de la forte densité de la solution saline parcourant l'intestin, de la même façon que l'exosmose se produit dans l'expérience du tube rempli d'eau et plongé dans le sirop.

Conclusion : beaucoup de sels neutres sont diurétiques, si on les administre à des doses propres à assurer leur absorption par la circulation ; une fois absorbés, les reins ont pour office de les séparer du sang par filtration ; il s'ensuit une action diurétique, simplement parce que les reins ont un plus grand travail à accomplir.

La rapidité avec laquelle des doses convenables de sels parviennent dans l'urine est variable, dans la plupart des cas, sous l'influence de causes diverses, mais surtout sous celle du repas précédent.

Comme règle générale, les substances sont éliminées par les reins avec la plus grande rapidité possible, lorsque l'estomac est vide.

Toutes les eaux minérales, fait observer Golding Bird, sont diurétiques, et cela en raison de leur légèreté et conséquemment de leur pureté. C'est ainsi, dit-il, que l'eau presque pure des montagnes entre facilement et rapidement dans le sang par endosmose et s'échappe par les reins, tandis que l'eau de mer, à doses égales, produit l'exosmose de l'eau des capillaires intestinaux ; d'où la soif et un effet purgatif avec selles sereuses, sans effet diurétique marqué. Au contraire, l'eau de mer, de même que les solutions salines suffisamment concentrées, diminue le volume de l'urine et la rend plus dense, simplement par l'afflux de l'eau du sang aux intestins, au travers des parois des capillaires, eau qui se fût échappée, sans cela, par les capillaires du rein.

Les lois énoncées concernent seulement les conditions dans lesquelles l'eau n'éprouve aucun obstacle pour entrer dans les capillaires des intestins, et de là à la veine-porte, au foie, à la veine-cave ascendante, puis, au travers des poumons, du cœur à l'aorte et aux artères émulgentes. Lorsqu'un obstacle mécanique vient embarrasser le cours

du sang, dans un endroit quelconque de son parcours, une quantité moins considérable d'eau vient atteindre les reins, d'où résulte que l'urine devient plus rare et que sa densité augmente. Golding Bird considère les effusions hydropiques dans le cours d'une maladie organique du cœur comme une sorte d'effort supplémentaire pour enlever un état congestif des veines, en permettant aux éléments aqueux du sang de filtrer au travers des parois des vaisseaux.

Dans les cas de cirrhose, ou d'abcès du foie, la circulation portale est nécessairement gênée et des effets analogues se produisent, c'est-à-dire des effusions hydropiques et la rareté du liquide urinaire. Dans les cas de ce genre, on ne recueille aucun soulagement de l'emploi des diurétiques, à moins que l'obstacle au cours du sang ne soit rétabli. Il faut alors abandonner les diurétiques pour recourir aux médicaments drastiques, tels que la coloquinte, l'élaterium, médicament précieux trop peu usité.

*TROISIÈME LOI. — Si les petits intestins ne peuvent admettre une quantité suffisante de liquide, ou qu'il existe un obstacle dans le circuit du système portal à la veine-cave ascendante, ou pour cette raison, au travers des poumons et le cœur dans le système circulatoire ; ou s'il existe une désorganisation étendue des reins, la sécrétion de l'urine en quantité normale ne peut être accomplie.*

Cette loi a été établie par le docteur Barlow, qui a même proposé la détermination du volume de l'urine, sécrétée dans les 24 heures, comme un moyen de diagnostiquer le siège de l'obstruction, sa hauteur, dans les cas de constipation insurmontable.

Partant de ces lois, Golding Bird n'hésite pas à déclarer que la prétendue action capricieuse de la plupart des médicaments réputés diurétiques doit être rapportée plus souvent à un manque de discernement de la part du praticien qu'à l'infidélité d'action de ces agents.

Nous empruntons la page suivante à l'auteur, sans y rien

changer ; c'est une excellente leçon de médecine pratique dont nous pouvons faire notre profit :

« Nous trouvons, — écrit Golding Bird, — une excellente démonstration de la troisième loi dans l'action du mercure et des autres médicaments cholagogues, en régularisant, comme on l'a dit, l'action des diurétiques. Aussi, pouvons-nous supposer que toutes les fois qu'il existe un état paresseux de la circulation portale, le foie se congestionne ou même s'oblitére ; d'où, dans quelques effusions hydropiques, ou d'autres symptômes, nous sommes portés à stimuler l'action des reins. Il est notoire que, dans ces cas, l'acétate de potasse, l'éther nitrique, la scille et d'autres diurétiques actifs sont prescrits en vain ; mais aussitôt que de petites doses, fréquemment répétées, de pilules hydragyriques ou de mercure *cum cretâ*, ou même l'aloès, sont administrés, le foie se trouve débarrassé par une abondante sécrétion de bile et les reins commencent à agir comme résultat presque nécessaire d'une circulation plus facile du sang dans le système portal. L'expérience a démontré qu'il n'existe peut-être pas de diurétique préférable, dans les hydropisies avec congestion (ou même atrophie) du foie, qu'une préparation de scille associée à de petites doses de mercure.

« Beaucoup de remèdes, regardés comme diurétiques, agissent sans doute de cette façon ; ainsi le colchique semble influencer la sécrétion urinaire parce qu'il stimule la membrane muqueuse du duodénum et irrite ainsi l'orifice commun du conduit cholédoque, produisant une augmentation de la sécrétion biliaire et pancréatique, et enlevant indirectement l'embarras biliaire. Le taraxacum, cholagogue populaire, possède cette action diurétique, suivant toutes probabilités, pour une cause semblable. L'aloès à petite dose, et d'autres médicaments, doivent être renfermés dans la même catégorie.

« Encore, dans les maladies du cœur, surtout dans les insuffisances mitrales ou dans l'hypertrophie de cet organe, il existe un manque d'équilibre entre les cavités et leurs orifices, l'hydropisie en est la conséquence ; les diurétiques sont employés en vain. Dans ces cas, une sage administra-

tion de la digitale, en régularisant l'irritabilité du cœur et en calmant l'irrégularité de la circulation, diminue *virtuellement* l'état congestif du système vasculaire et agit indirectement comme un diurétique excellent et efficace.

« L'addition du fer à la digitale possède une valeur particulière dans les hydropisies, sous la dépendance de l'insuffisance mitrale, en prenant le soin d'entretenir la liberté du ventre. Cette combinaison d'un *sédatif direct* avec un *tonique hématique* n'est pas aussi empirique qu'on pourrait le supposer au premier abord. La digitale tempère évidemment l'irritabilité morbide de l'organe malade, tandis que le fer soutient l'énergie vitale tout en agissant comme stimulant physiologique du cœur lui-même. »

L'auteur fait suivre ces considérations des conclusions suivantes qui méritent une attention sérieuse de la part du médecin praticien :

1° Toutes les fois qu'on se propose d'imprégner l'urine d'un sel, ou d'exciter la diurèse par l'emploi d'une combinaison saline, il faut administrer une solution assez diluée pour renfermer moins de 5 pour % du médicament, c'est-à-dire environ un gramme pour une potion de 30 grammes. L'absorption du médicament par les capillaires serait assurée par une dilution plus considérable encore, à doses fractionnées surtout.

2° Lorsque l'urine contient de la purpurine ou toute autre évidence d'obstruction portale, les diurétiques ou autres remèdes employés devant être précédés ou accompagnés de mercuriaux doux, du taraxacum, de l'hydrochlorate d'ammoniaque, ou autres remèdes cholagogues.

Par ces moyens, ou par des émissions sanguines locales, surtout les sangsues à l'anus, les vaisseaux du système portal seront déchargés et la circulation générale en deviendra plus libre.

3° Dans les cas d'insuffisance valvulaire ou autres obstacles à la circulation cardiaque ou vasculaire, il est inutile de s'efforcer d'exciter l'action diurétique ou d'en appeler à la sécrétion rénale pour des remèdes susceptibles d'agir dans ce sens.

Les meilleurs diurétiques seront, dans ces cas, ceux qui

tendront à diminuer l'état congestif du système vasculaire et à modérer l'action du cœur; tels que : la digitale, le colchique et autres sédatifs, avec les mercuriaux doux.

BARELLA.

*(La fin au prochain numéro.)*

---

## NOUVELLES.

---

Le Concours pour une place de chef de clinique d'accouchements près la Faculté de médecine de Paris vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Bailly.

Le concours pour deux places de chef de clinique médicale près la même Faculté s'est terminé par la nomination de MM. Bricheteau et Ollivier.

Paris avait donné le signal de la réaction contre le concours; il rentre d'un pas modeste, il est vrai, mais dont il faut lui tenir compte, dans la voie du progrès. Saluons ce réveil de l'esprit de justice.

A Lyon, malgré le noble exemple donné par la ville de Lille, le système de l'éteignoir continue de prospérer, et pour les places qui sont vacantes à notre Ecole de médecine, la nomination directe distribuera à son gré les faveurs et les grades.

Nous donnerons dans le prochain numéro quelques détails inédits sur ce mode de recrutement de l'Ecole.

---

M. le docteur Gillebert-d'Hercourt vient d'obtenir le prix Godard (anthropologie).

Le mémoire de M. le docteur Macario sur le rhumatisme a été couronné par la Société de médecine de Gand.

M. le Dr Châtelet a été nommé chef de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Lyon.

M. le docteur Lortet vient d'obtenir le diplôme de licencié ès-sciences naturelles à la Faculté des sciences de Lyon.

---

La place de chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Lyon est vacante par suite de la démission de M. Foltz.

Les candidats sont invités à se présenter au secrétariat de l'Ecole pour y déposer leur demande et pour prendre connaissance des dispositions du règlement concernant cette place.

---

— Les candidats au titre d'officier de santé et de pharmacien, d'herboriste, de sage-femme de 2<sup>e</sup> classe, pour l'un des départements du Rhône, de l'Ain, de la Loire, de Saône-et-Loire et de la Haute-Savoie, sont prévenus qu'en exécution du règlement du 23 décembre 1854, ils doivent se faire inscrire au secrétariat de l'Ecole de médecine de Lyon, du 5 au 20 août, jour de la clôture du registre.

Tout candidat, en s'inscrivant, devra produire son acte de naissance, un certificat de moralité.

Les candidats au titre d'officier de santé doivent justifier de 14 inscriptions prises dans une École préparatoire, ou 12 inscriptions de Faculté.

L'aspirant au titre de pharmacien de 2<sup>e</sup> classe doit justifier de 6 inscriptions d'Ecole préparatoire et de 6 années de stage dans une officine. Le stage doit avoir été accompli en dehors du temps consacré à la scolarité.

Outre l'acte de naissance et le certificat de moralité, les herboristes doivent présenter un certificat d'études, et les sages-femmes un certificat constatant qu'elles ont suivi deux années de cours, dont six mois de pratique dans une maternité.

On est tenu, en s'inscrivant, de consigner au secrétariat de l'Ecole les frais d'examen du certificat d'aptitude, de diplôme et visa, savoir (y compris les frais pour timbre et appari-teur) :

Officier de santé : 1<sup>er</sup> examen, 102 fr. ; 2<sup>e</sup> examen, 112 f. ; 3<sup>e</sup> examen, 212 f. ; total : 426 f. 50.

Pharmacien : 1<sup>er</sup> examen, 92 f. 50 ; 2<sup>e</sup> examen, 92 f. ; 3<sup>e</sup> examen, 362 f. ; total : 546 f. 50.

Sage-femme, 27 f. 50.



Herboriste : 82 f. 50.

Les pièces et les sommes à consigner doivent être adressées à M. de Barruel, secrétaire agent comptable de l'Ecole, rue de la Barre.

Le candidat aura soin d'y joindre son adresse et la désignation du département dans lequel il a l'intention d'exercer.

---

Le Conseil d'administration des hospices donne avis que le lundi 25 octobre prochain, à huit heures du matin, il sera ouvert à l'Hôtel-Dieu un concours public pour la nomination de TREIZE ÉLÈVES INTERNES, appelés à faire le service de médecine et de chirurgie dans les Hôpitaux et Hospices civils de Lyon, et dans l'Hospice du Perron, à Oullins, près Lyon.

Le Concours aura lieu devant le Conseil d'administration, assisté d'un jury médical; il se composera de trois séances.

*Première séance :* Préparation anatomique ; question d'anatomie et de physiologie.

*Deuxième séance :* Question de pathologie chirurgicale.

*Troisième et dernière séance.* — Questions de pathologie médico-chirurgicale et de petite chirurgie.

---

Sur le rapport présenté à S. M. l'Empereur par LL. EExc. le Ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics et le Ministre de l'instruction publique, le 20 juin 1861, une commission spéciale, composée de professeurs des Écoles de médecine et de pharmacie, fut formée à l'effet de s'occuper de la révision du Codex ou Pharmacopée française et de préparer une nouvelle édition de cet ouvrage. Un arrêté de Son Exc. le Ministre de l'instruction publique, en date du 17 janvier 1865, relatif à l'adjudication, contenait, entre autres dispositions, que seraient admis à concourir à cette adjudication les imprimeurs libraires ou éditeurs d'ouvrages de sciences médicales résidant à Paris, qui auraient été agréés par le Ministre ; que l'adjudicataire s'engagerait à verser au Trésor, le jour même de la remise du manuscrit, une somme de 25,000 fr. destinée à couvrir les frais de rédaction et de correction des épreuves de l'ouvrage.

L'adjudication, qui devait être prononcée en faveur de celui qui offrirait le plus bas prix possible de vente par chaque feuille

in-8 de 16 pages, a eu lieu le 23 mai 1865. au ministère de l'instruction publique.

Cinq libraires de Paris se sont présentés à l'adjudication. MM. J.-B. Baillière et fils, libraires de l'Académie de médecine, ont été déclarés adjudicataires chargés de la publication du Codex.

Le travail de la coordination de tous les matériaux et de la rédaction étant terminé, et le manuscrit étant remis à l'imprimeur, on peut espérer une assez prochaine publication.

Il ne sera pas sans intérêt de rappeler, à cette occasion, que l'usage du premier Codex avait été ordonné par l'arrêt du parlement de Paris, du 23 juillet 1743, et qu'il fut remplacé successivement par le Codex medicamentarius, publié en 1818 chez Harquart, en 1837 chez Béchet jeune.

Le Codex de 1837 n'est plus en harmonie avec l'état de la science. La publication du nouveau Codex remplira une lacune depuis longtemps signalée. (Extrait de la *Bibliographie de la France*, samedi 16 juin 1865.)

M. le Ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs une circulaire relative à l'ouverture de plusieurs concours en 1866 pour les places d'agrégés stagiaires, dans les Facultés de médecine (pour la section de chirurgie et d'accouchements).

L'ouverture aura lieu ainsi qu'il suit :

- 1° A Paris, le 5 mars 1866, un concours pour quatre places d'agrégés stagiaires.
- 2° A Montpellier, le 22 janvier 1866, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires.
- 3° A Strasbourg, le 15 janvier 1866, un concours pour deux places d'agrégés stagiaires.

Le directeur du Comité, gérant,

**GAILLETON.**

---

**TRAVAUX ORIGINAUX.**

---

PARAPLÉGIE CHORÉIQUE. — TRAITEMENT PAR L'ARSENIC,  
LA NOIX VOMIQUE ET LE FER. — GUÉRISON.

Observation recueillie par le docteur H. BARELLA, à Marche-lez-  
Ecaussines (Belgique).

---

Le 14 octobre 1864, le nommé Pierre F..., marchand de lin à Naast, près de Soignies, vint me prier de venir voir son fils Adolphe, âgé de cinq ans, malade depuis cinq semaines. Cet enfant, au dire du père, avait toujours été bien portant jusque là ; tout récemment il fut atteint d'une affection catarrhale sans gravité, pour laquelle aucun médecin ne fut appelé. A peine guéri de celle-ci, un matin, en se levant, l'enfant accusa de la faiblesse à la jambe droite ; vers 10 heures du matin, il tomba à terre, ses jambes étant devenues tout d'un coup impuissantes à le porter. On releva l'enfant, on s'aperçut qu'il était paralysé des membres abdominaux. Avec cet état existaient, depuis quelques jours déjà, une certaine maladresse dans les mains, une hésitation, une indécision, un défaut de coordination dans les mouvements musculaires de tout le corps. Si l'on donnait, par exemple, une noisette à croquer à l'enfant, il se plaignait de n'avoir pas de force dans les dents. Il y avait une certaine douleur dans les tempes. La figure n'offrait pas ces grimaces, ces contorsions hideuses, grotesques ou bizarres propres aux choréiques ; on remarquait seulement une espèce de tic qui consistait en ce que le petit malade appuyait vivement et à plusieurs reprises le menton contre la poitrine comme un homme qui se rengorge dans sa cravate ou qui fait des signes de tête affirmatifs. La mère (et qui sait

mieux observer un malade qu'une bonne mère qui vit de la vie de son enfant) remarqua aussi un certain dandinement, un balancement du tronc, lorsque l'enfant était assis sur une chaise, ainsi que cette inhabileté dans la préhension qu'on remarque chez les choréïques.

Les parents consultèrent d'abord un confrère et ne vinrent me trouver qu'au bout de cinq semaines de maladie. Je trouvai un enfant pâle, blond, lymphatique, à yeux d'un bleu clair, à muqueuses buccale et gingivale décolorées, à l'air triste, mou, languissant, maussade. Les jambes étaient infiltrées, suite de la position assise que devait forcément garder le petit malade pendant tout le cours du jour. Aussi le matin cette infiltration était-elle beaucoup moins considérable que le soir. Les membres inférieurs pendaient le long du corps comme des loques, pour emprunter l'expression de la mère; lorsqu'on les soulevait et qu'on les abandonnait ensuite à eux-mêmes, ils retombaient par leur propre poids comme des corps complètement inertes. C'étaient de vraies *jambes de polichinelle*.

DIAGNOSTIC. — La première chose que nous avions à faire était de nous demander quelle était l'origine de la paraplégie.

A quoi peut être due une paraplégie qui survient chez un enfant de sept ans? Comment expliquer cette lésion de l'innervation? Quelles sont les maladies qui peuvent la déterminer? Telles étaient les questions que nous avions à résoudre.

Ecartons d'abord les *paralysies par intoxication arsénicale, saturnine* ou autre, dont il ne peut s'agir ici.

Il ne s'agit pas davantage d'une *hémorragie dans les méninges rachidiennes* ou dans le *tissu de la moelle*. Dans l'hémorragie méningée rachidienne, de fortes convulsions tétaniques accompagnent toujours la paralysie, qui marche rapidement vers une issue fatale.

L'hémorragie médullaire présente des symptômes plus frappants encore : anesthésie complète, paralysie des sphincters de la vessie et du rectum, etc., etc.

Il ne s'agit pas non plus d'une paralysie produite par une *myélite* occupant toute l'épaisseur de la moelle à sa région

dorso-lombaire; la paralysie s'étendrait au rectum, à la vessie, aux parois abdominales; la sensibilité serait abolie ou exaltée; il y aurait une douleur fixe en un point du rachis, alcalinité des urines, etc.

Ecartons encore l'impotence motrice due à la douleur d'une *coxalgie*, d'un *traumatisme*, ainsi que cette pseudo-paralysie qu'on remarque parfois dans le *rachitisme*. Il ne peut être question non plus de la *destruction* ou de la *compression de la moelle par un produit organique* (tubercule, cancer, tumeur fibro-plastique, déplacement de vertèbres à la suite du *mal de Pott*).

La paraplégie des enfants n'est souvent que le reliquat de *fièvres graves* qui se rattachent au *rhumatisme*. Existe-t-il alors une véritable paralysie, ou bien dans des cas assez nombreux au moins, n'a-t-on pas plutôt tout simplement affaire, soit à un état d'adynamie, soit à un état de torpeur douloureuse?

Serait-il question de la *paraplégie dite réflexe*, admise par Brown-Séquart, Graves, etc., paraplégie qu'on a appelée aussi *temporaire* (Kennedy)? L'âge du sujet s'y oppose. On sait que ces auteurs ont admis, d'après des vues plutôt spéculatives que pratiques, une paralysie dite réflexe qui ne serait due qu'à un retentissement dans la moelle de troubles de l'innervation périphérique. L'influence morbide de la dentition, des troubles gastro-intestinaux seraient la cause déterminante de cette paralysie; mais si l'on songe, d'une part, à ce que la période de la première dentition correspond à une période d'accroissement considérable de la tête, et d'autre part, si l'on réfléchit aux dérangements nombreux du tube digestif qui sont l'apanage des trois premières années de la vie, on est forcé de ne voir qu'une coïncidence fortuite et rare là où des auteurs prévenus ont vu un rapport de cause à effet. Aujourd'hui on peut mettre en doute l'existence de la paraplégie par action dite réflexe, et on le peut d'autant plus que les parrains de cette doctrine sont singulièrement revenus de leur engouement. M. Brown-Séquard même fait les aveux suivants: « Les assertions de plusieurs auteurs, — écrit l'illustre physiologiste, — m'ont conduit à l'opinion erronée que la paraplégie réflexe est

commune dans l'enfance. La forme la plus ordinaire de paraplégie dans l'enfance est celle due à une *congestion avec effusion de sérosité*; la paralysie réflexe pure (c'est-à-dire sans congestion) est *rare*. » Existe-t-elle?

Puisque nous passons en revue les causes qui peuvent déterminer la paraplégie, quoique l'on puisse nous objecter que nous nous écartons de notre sujet, nous devons, nous adressant à une compagnie savante, lui objecter brièvement ici un cas de paralysie générale progressive par albuminurie, que nous avons récemment rencontré dans notre pratique.

Un homme de 54 ans, adonné à la boisson, accuse, en se levant au matin, une faiblesse dans un des membres pelviens; peu d'instant après, voulant faire quelques pas, il tombe. On le relève, on le met au lit; le médecin est appelé. Les urines fournissent par l'acide nitrique un dépôt albumineux abondant. La paralysie marche rapidement de bas en haut, elle atteint les sphincters de la vessie et de l'anus, les parois abdominales, les parois de la poitrine, etc., etc., et, quelques jours après, notre malade meurt asphyxié. Comme il y avait de l'ascite et de l'anasarque chez notre sujet, nous croyons pouvoir rattacher cette paralysie à une compression directe de la moelle par une hypersécrétion, localisée d'abord, puis générale, de la sérosité normale des méninges rachidiennes. C'est là un cas curieux, et assez rare, de *paralysie par albuminurie*.

Il est une forme de paralysie particulière à l'enfance, affection encore incomplètement connue et que l'on a désignée sous les noms de *paralysie essentielle de l'enfance*, de *paralysie atrophique grasseuse* (Duchenne), de *paralysie myogénique* (Bouchut), affection sur laquelle un élève distingué de M. Bouvier, le docteur Laborde, a publié récemment un livre de tous points remarquable (1). Cette affec-

(1) *De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier*, par le docteur J.-V. Laborde, Paris Delahaye, 1864, un volume in-8, avec planches, de XIV-253 pages. — Excellente monographie.

tion n'a été observée que chez de très-jeunes sujets. En voici le tableau nosologique d'après le docteur Laborde :

« Chez un enfant, garçon ou fille, normalement conformé, ne présentant à la naissance aucune atteinte de la motilité, et dont l'âge varie de quelques jours à quatre ans, plus souvent de un an à trois ans, *éclate soudain*, sans cause appréciable et en pleine santé, un *état fébrile* d'une durée de vingt-quatre heures à quelques jours (rarement plus de huit), accompagné quelquefois de symptômes convulsifs et immédiatement suivi d'une *paralysie* du mouvement avec conservation de la sensibilité; souvent complète et généralisée dès le début, cette paralysie, qui n'atteint que par exception les membres supérieurs isolément et qui affecte presque toujours la forme *paraplégique*, éprouve bientôt une rémission dans son étendue et dans son intensité; elle se retire de certaines parties où elle s'était d'abord montrée et se fixe, en se localisant de plus en plus, dans d'autres, lesquelles se trouvent de la sorte (et alors que l'organisme est en voie d'accroissement) vouées à l'*atrophie*, aux *déformations*, en un mot, aux divers désordres qu'engendrent d'une part les altérations de la nutrition et l'impuissance motrice prolongée, d'autre part, la prédominance de l'action des muscles sains sur les muscles paralysés. »

Nous avons passé en revue les diverses causes de paraplégie de l'enfance, y compris celle de la première enfance. Il ne nous reste plus, pour le diagnostic de ce cas particulier, qu'à opter entre une exagération localisée de la sécrétion normale des méninges rachidiennes et les *paraplégies de nature choréique ou épileptiforme*. Les signes anesthésiques précédemment exposés nous portent à instituer notre traitement en prévision de la chorée.

TRAITEMENT. — 14 octobre 1864.

Prendre eau distillée, 270 grammes.

Liq. arsén. Fowler, 4 »

On mettra deux cuillerées à bouche de cette potion dans une grande jatte de thé de tilleul, à prendre par gorgées, en un grand nombre de fois, pendant toute la journée. Le remède, à cause de son énergie, doit être donné à doses très-fractionnées et suspendu dans un véhicule abondant. Re-

commandations d'usage : on surveillera attentivement l'action du médicament, on le suspendra aussitôt qu'on s'apercevra de nausées ou d'un commencement de diarrhée.

En même temps, le sujet prendra soir et matin une pilule d'iodure de fer d'un décigramme. Régime tonique : viande rôtie, vieux vin de Bordeaux, bouillon, œufs.

17 octobre. — C'est le troisième jour que l'enfant est soumis à la potion arsénicale et à l'iodure de fer. *Augmentation de l'appétit* qui, de faible, est devenu très-vif. Moins d'indécision dans les mouvements des membres thoraciques. L'enfant prend assez facilement un verre sur la table pour l'approcher de ses lèvres. Remarquons, cependant, que les mouvements de préhension n'ont jamais été fort saccadés ; il y a eu plutôt de l'hésitation, laquelle est déjà moins prononcée. Continuation du traitement.

19 octobre. — Les jambes sont toujours flasques, molles, sans mouvement, mais le haut du corps paraît plus dégagé, le jeu musculaire s'en dessine plus librement. Je prescris des frictions sur les membres paralysés avec la teinture de strychnine. *La face est bouffie; œdème des paupières* (sympômes arsénicaux, effets physiologiques de l'arsenic).

22 octobre. — Le petit malade a pris, depuis le 15 jusqu'au 22 octobre, deux cuillerées à bouche de sa potion arsénicale. Un *érythème miliaire*, qui existait déjà le 19, mais qui a gagné depuis, se voit sur le côté droit du cou et à la face (*érythème arsénical*). L'appétit est beaucoup diminué ; la langue est large, muqueuse. *Suppression du traitement arsénical* : ce traitement ne peut être continué toujours sans interruption ; il faut pour ce médicament, comme pour la digitale, comme pour beaucoup d'autres, laisser reposer de temps en temps l'économie. Outre les deux pilules d'iodure de fer et les frictions à la teinture de strychnine, le malade prendra, au soir, une pilule de *cinq centigrammes d'extrait alcoolique de noix vomique*. Les jambes de l'enfant ne présentent encore aucun mouvement ; la mère paraît peu rassurée sur l'issue de la maladie. Je partage son inquiétude, sans le manifester.

25 octobre. — Les parents qui observent le jeune malade avec le plus grand soin et qui l'ont sollicité chaque jour



plusieurs fois afin qu'il imprimât des mouvements aux membres inférieurs, sans qu'il pût y parvenir, accourent au-devant de moi la figure rayonnante de bonheur et m'apprennent qu'ils ont été agréablement surpris, la veille au soir, en voyant que le petit imprimait quelques mouvements à la jambe gauche, pour autant que le talon fût soutenu. — L'érythème arsénical a pâli.

Le traitement par la noix vomique a été continué jusqu'au 25 février 1865 ; la noix vomique a été portée progressivement à la dose de 25 centigrammes par jour, dose considérable pour un enfant de sept ans, sans que nous ayons jamais eu le moindre accident à constater, grâce à une observation attentive. Le 25 février, je pus considérer A... comme radicalement guéri de sa triste infirmité et cesser tout traitement.

L'arsenic n'a fait ici que préparer la guérison, la noix vomique a fait le reste.

Cette observation nous a permis une fois de plus de reconnaître la vérité de la plupart des assertions émises par M. Imbert-Gourbeyre dans un excellent mémoire, qui a le tort d'être entaché d'homœopathie (1), et dont nous avons fait une analyse critique détaillée dans le *Journal de médecine de la Société des sciences médicales et naturelles de Bruxelles* (2).

La bouffissure de la face, qui prend une couleur d'argent, une couleur d'un blanc grisâtre, l'œdème des paupières, l'érythème arsénical sont quelques-uns des effets physiologiques que nous avons le plus fréquemment rencontrés dans notre pratique, comme nous l'exposerons dans un mémoire sur cette question qui doit paraître prochainement dans les *Annales de la Société de médecine d'Anvers*.

(1) *Etudes sur quelques symptômes de l'arsenic et sur les eaux minérales arsénifères*, par Imbert-Gourbeyre, professeur de matière médicale à l'école de médecine de Clermont-Ferrand.

(2) Tome XXXVI, année 1863, p. 201 et suivantes, et 314 et suivantes.

## ÉTUDE SUR LA POLYSTÉATOSE VISCÉRALE,

Par M. le docteur PERRAUD.

(Lue à la Société des sciences médicales.)

(Suite et fin.)

## III.

Il nous a paru inutile de citer un plus grand nombre d'observations ; nous avons voulu seulement montrer la polystéatose viscérale dans des conditions variées, et nous espérons avoir atteint ce but par le récit des faits précédents ; nous avons fait voir, en effet, l'état grasseux des viscères dans l'ictère hémaphéique, dans l'alcoolisme, dans la pleuropneumonie, dans l'état puerpéral avec localisation soit sur le péritoine, soit sur le poumon ; dans la cachexie scrofuleuse, la cachexie cancéreuse, la cachexie sénile ; dans la cachexie par dyspepsie permanente ; nous aurions pu en citer de nombreux exemples dans la cachexie tuberculeuse, mais ces faits sont si connus que nous n'avons pas cru devoir en rapporter des cas *in extenso*. Quel enseignement tirer des observations qui précèdent ? C'est ce qu'il nous reste actuellement à rechercher.

A. *Siège de la stéatose.* — Tous les viscères ne sont pas également frappés par la dégénérescence grasseuse ; les glandes vasculaires sanguines, par exemple, en sont exemptes. Dans les cas de polystéatose, nous n'avons jamais rencontré l'état grasseux dans la rate, les ganglions lymphatiques, le thymus, etc. Il est même intéressant de noter que les corpuscules de Malpighi restent intacts dans les reins, alors même que les substances tubuleuses sont le plus fortement infiltrées de graisse ; or on sait que ces corpus-

cules peuvent être considérés comme de véritables petites glandes sanguines, de sorte que leur intégrité au milieu du désastre commun rentre dans le fait général que nous venons de signaler.

Les capsules surrénales, malgré la grande facilité avec laquelle elles sont frappées de dégénérescence graisseuse dans certains cas, restent indemnes dans la polystéatose, même lorsqu'elle est très-avancée; cette immunité s'étend aussi à d'autres viscères, par exemple au pancréas, aux poumons, aux organes génitaux, de sorte que les organes qui sont presque exclusivement affectés sont le foie, les reins et le cœur.

Ces trois viscères sont inégalement prédisposés à l'infiltration graisseuse, et si l'on devait établir entre eux une hiérarchie à ce point de vue, on devrait placer le foie en première ligne, puis les reins, puis le cœur; lorsque, en effet, la stéatose n'est pas arrivée à un degré très-avancé, toujours on la voit plus prononcée dans le foie que dans les reins, et dans ceux-ci que dans le cœur, et lorsqu'il arrive de trouver les reins exempts de dépôts graisseux, on peut être sûr que le cœur en est exempt lui aussi.

Les quelques exceptions qui se présentent à cette règle sont plutôt apparentes que réelles; toutes les fois, en effet, que nous avons rencontré la stéatose plus avancée dans le cœur que dans le foie ou les reins, il nous a été possible d'expliquer cette anomalie par des causes locales ou de voisinage (traces de péricardite ou d'endocardite ancienne) tout à fait indépendantes d'un état dyscrasique général.

Cet enchaînement des lésions viscérales dans la polystéatose ne peut s'expliquer seulement par une simple coïncidence fortuite et nous porte à admettre, dans tous les cas, un état général qui domine la scène: c'est, en effet, ce que permet de constater l'observation attentive des diverses maladies dans lesquelles se produit l'altération graisseuse des viscères.

Cette cause générale, agissant sur tout l'organisme, est palpable dans l'intoxication par le phosphore, par exemple, ou par l'alcool; elle l'est aussi dans divers autres empoisonnements caractérisés anatomiquement par la dégénérescence

graisseuse viscérale; tels sont les empoisonnements aigus par l'arsenic (1) ou l'antimoine.

Dans ces différents cas, l'agent toxique n'a pas seulement sur le tube digestif une action locale ou de contact, mais une fois parvenu dans les voies circulatoires, il a une action qui se généralise et qui, à n'en pas douter, peut porter et porte à la fois sur plusieurs organes.

Dans la fièvre jaune et dans la syphilis, qui pourrait nier l'existence d'un principe toxique agissant aussi d'une manière générale? Et dans l'ictère grave aigu par atrophie du foie, n'est-on pas conduit aussi à admettre l'existence d'un état morbide général primitif ou d'un agent intoxicant sous l'influence duquel se manifestent les différentes altérations viscérales propres à la maladie?

L'état puerpéral, la scrofule, l'état adynamique qui accompagne quelquefois les phlegmasies, les différentes cachexies constituent évidemment aussi des états morbides dont l'action se fait sentir d'une manière générale sur toute l'économie.

Mais cet état morbide *totius substantiæ*, que nous retrouvons dans tous les cas, n'est qu'une cause éloignée de l'altération graisseuse des organes; il nous faut examiner maintenant quelle est la nature et quelles sont les causes prochaines de cette altération.

**B. Nature de la polystéatose.** — L'altération graisseuse dans la polystéatose se produit-elle par *infiltration* ou par *dégénérescence* des éléments anatomiques.

Nous pensons que l'*infiltration* joue le principal rôle; les produits huileux nous paraissent plutôt venir du dehors dans les éléments histologiques que se former sur place dans les organes aux dépens de la destruction de leurs éléments anatomiques par une sorte de dédoublement chimique; c'est ce que démontre l'examen microscopique dans le foie, dans les reins et dans le cœur.

Tout prouve, en effet, que la graisse qui infiltre les cellules hépatiques du foie gras y a été transportée par le cou-

(1) *Gazette hebdomadaire*, 1863, tome X, page 74.

rant sanguin de la veine porte : les cellules les premières infiltrées sont les cellules les plus excentriques de l'acinus, c'est-à-dire précisément celles autour desquelles viennent se ramifier les ramuscules portes ; ce n'est que plus tard et lorsque l'altération fait des progrès que l'on voit s'infiltrer aussi les cellules centrales, celles qui sont placées plus particulièrement dans la sphère d'action des radicules des veines sushépatiques ; de plus, si l'on suit dans ses diverses phases la marche de l'altération de la cellule, on voit que cette altération procède comme une véritable infiltration ; ce sont d'abord quelques granules que l'on remarque dans l'élément histologique autour de son noyau qui paraît agir comme centre d'attraction ; la cellule n'éprouve, du reste, aucune déformation ; rien ne peut faire croire à un dédoublement de ses principes chimiques constituants, ce qui supposerait, en effet, toujours une destruction au moins partielle de sa substance ; à un degré plus avancé, la quantité des produits infiltrés augmentant, la cellule prend une forme de plus en plus sphérique, afin d'acquérir une capacité de plus en plus grande ; elle se déforme, mais elle ne se détruit pas, et lorsque, à la période ultime, cette destruction arrive, elle est toute mécanique et évidemment consécutive à l'état graisseux, ce qui ne saurait s'accorder avec l'idée d'une altération graisseuse par dégénérescence.

Dans les reins, l'altération nous paraît aussi reconnaître pour cause prochaine une infiltration de dehors en dedans. Nous avons vu, en effet, dans le paragraphe premier de ce travail, que l'altération graisseuse des reins débutait d'abord dans la substance corticale et que les produits gras se déposaient dans les tubes urinipares, d'abord entre la paroi du tube et son contenu ; or c'est précisément ce que l'on remarque sur les reins des carnivores, et notamment sur ceux du chien et du chat qui sont graisseux à l'état normal (1), et qui le sont évidemment par infiltration et non par dégénérescence ou dédoublement. Cette preuve fournie par l'analogie nous paraît avoir une grande valeur ; néanmoins, nous ne nous dissimulons pas que la facilité avec laquelle se dé-

(1) Vulpian. — Mémoires de la Société de biologie.

truisent, dans les reins graisseux, les cellules épithéliales qui tapissent les conduits urinipares ne puisse donner à penser que la dégénérescence graisseuse ne vienne se joindre à l'infiltration dans de certaines limites ; nous ne pourrions repousser absolument cette supposition, nous ferons remarquer seulement que s'il est vrai que la dégénérescence graisseuse puisse coexister avec l'infiltration, elle ne lui est que secondaire et consécutive.

L'altération du cœur se produit-elle aussi par infiltration ? Oui, répondrons-nous, car au début du mal, dans les premières phases de l'altération, on peut constater dans le faisceau musculaire primitif des granulations graisseuses, sans que la fibre musculaire paraisse altérée, et par conséquent sans que ses principes chimiques constituants aient subi la moindre transformation ; plus tard les stries disparaissent, puis la cohésion diminue, et l'aspect et la vitalité de la fibre changent tellement que l'on ne saurait repousser entièrement l'idée d'une dégénérescence ; mais ici comme dans le rein, si cette dégénérescence existe réellement, elle ne peut être que secondaire et consécutive à l'infiltration.

En résumé, l'infiltration de matériaux graisseux apportés du dehors par le sang est la cause prochaine principale de la stéatose viscérale ; le tissu cellulo-adipeux se produit par le même mécanisme, c'est-à-dire par accumulation dans une cellule préexistante de produits huileux venus du dehors ; par conséquent, le mode de production par infiltration est commun à la stéatose par surcharge graisseuse, aussi bien qu'à la stéatose par état granulo-graisseux.

*C. Causes éloignées de la polystéatose.* — Les produits huileux qui infiltrent les éléments anatomiques dans la stéatose viscérale ne peuvent provenir que du sang ; toutes les conditions qui augmenteront la quantité des matières grasses du sang seront donc des causes éloignées de polystéatose ; or ces conditions, quoique très-variées, peuvent être classées sous un petit nombre de chefs principaux ; ce sont : la diète, une alimentation particulière, l'ingestion de certaines substances, une modification spéciale des fonctions du foie, tout ce qui peut diminuer l'intensité des actes chi-

miques respiratoires, certains états pathologiques, etc. Expliquons rapidement le mode d'action de chacune de ces causes de stéatose.

Les analyses chimiques ont suffisamment démontré l'augmentation des graisses du sang pendant la diète; il est infiniment probable que ces graisses proviennent du tissu cellulo-adipeux qui disparaît, en effet, peu à peu chez l'animal ou chez le malade que l'on prive d'aliments, et il est incontestable pour nous que la diète joue un certain rôle dans la production de la polystéatose viscérale; on pourra s'en convaincre par la lecture des observations précédentes; cependant, dans certains cas, la diète ne suffit pas à elle seule pour expliquer le mal. Quelques-uns de nos malades (1), quoique condamnés par la nature de leur affection à une alimentation insuffisante, loin de maigrir, présentaient, outre leur stéatose viscérale multiple, une surcharge graisseuse générale pathologique, indiquant assez par elle-même que les matériaux graisseux qui infiltraient le foie, les reins et le cœur avaient été puisés ailleurs que dans le tissu cellulo-adipeux.

L'alimentation peut influencer beaucoup sur la quantité de graisse contenue dans les organes. On sait que l'on engraisse les animaux, surtout à l'aide d'un régime gras ou amylicé; par ce moyen, on parvient non-seulement à produire la surcharge cellulo-adipeuse, mais encore la stéatose par infiltration; c'est lui, en effet, que l'industrie emploie dans la fabrication du foie gras, et c'est probablement aussi parce que les carnivores ingèrent une plus grande quantité de graisse que les herbivores que l'on trouve à l'état normal leurs canalicules rénaux infiltrés de granulations graisseuses. L'étude des différentes espèces d'alimentation considérées comme cause de stéatose conduit à n'administrer les principes huileux qu'avec une certaine réserve dans quelques maladies et à se défier de ces doses énormes d'huile de foie de morue que l'on prescrit souvent sans trop s'inquiéter des conséquences fâcheuses qui pourront en résulter.

Parmi les substances qui favorisent l'accumulation des

(1) Voir nos observations VII, VIII, XI.

graisses dans le sang, nous devons citer l'alcool; on sait que ce corps dissout quelques principes gras, il doit donc en faciliter l'absorption.

C'est, en effet, ce que prouve l'examen microscopique qui démontre chez les ivrognes de nombreuses granulations huileuses réunies dans le sang et dans les trois viscères habituellement frappés de stéatose. Chez les buveurs, on rencontre souvent aussi sur le trajet des veines mésentériques ou des chylifères, d'abondantes quantités de graisse placée entre les deux feuillets du mésentère, même alors que les malades sont dans un état d'amaigrissement notable; c'est, par exemple, ce que l'on peut constater dans nos deux observations II et III: Ce fait semblerait démontrer que les matériaux graisseux, qui infiltrent les organes des personnes adonnées aux boissons alcooliques, proviennent des aliments contenus dans l'intestin. Dans cette hypothèse, plus facilement absorbables, grâce à l'action de l'alcool, ces principes gras pénétreraient en grande quantité dans les ramifications de la veine porte, qui les déposerait en partie sur son passage non-seulement dans le foie, mais encore entre les feuillets du mésentère.

S'il est vrai que le foie, ainsi que le pensent quelques physiologistes, a la propriété de faire de la graisse, on comprend que, dans certains cas, la stéatose hépatique et l'accumulation de principes gras dans le sang puissent reconnaître pour cause une action stéatogène exagérée de la glande abdominale; nous ne pouvons que mentionner cette cause de stéatose sans nous y arrêter.

Soit qu'ils proviennent de l'intestin, soit qu'ils proviennent de la digestion hépatique, les principes gras, une fois arrivés dans le torrent circulatoire, ont des fins différentes; ils sont en partie assimilés, c'est-à-dire employés à la rénovation des tissus; ils sont en partie brûlés par l'oxygène du sang, ou bien ils disparaissent par une série de dédoublement, et de toutes ces actions chimiques résulte une certaine quantité de chaleur indispensable à l'entretien des actes organiques. Il ressort de ces considérations que toute condition capable d'entraver l'assimilation et la respiration (l'absorption et la production graisseuses restant les mêmes)



sera une cause d'accumulations grassieuses dans le sang, et par suite dans les différents organes; or cette cause peut être invoquée un grand nombre de fois; tout le monde sait que le manque d'exercice, la vie sédentaire aidée d'une nourriture appropriée, aboutissent presque fatalement à l'embonpoint et à la surcharge grasseuse; dans toutes les maladies chroniques, dans les cachexies, etc., le séjour au lit ou dans la chambre, la paresse évidente de l'assimilation nous semblent être les causes principales de la stéatose viscérale multiple.

Nous avons signalé certains états morbides comme favorisant l'augmentation des principes gras du sang; au premier rang de ces affections, on doit placer l'état puerpéral; on sait que chez la femme en couches le sang est riche en matières grasses; peut-être cet état du fluide a-t-il sa raison d'être dans la nouvelle fonction dont la femme est alors dotée d'une manière transitoire, peut-être est-il expliqué par l'énorme déperdition de graisse qui doit se faire par les seins; s'il en était ainsi, il serait facile de comprendre la stéatose viscérale chez la nouvelle accouchée qui, par suite d'une affection quelconque, ne nourrit pas; on pourrait logiquement admettre que les principes gras du sang, ne pouvant être éliminés par le lait, se déposent dans l'intérieur de certains organes; ainsi s'expliquerait cette tendance à la formation du pus, liquide pathologique si riche en graisse.

**D. Symptômes de la polystéatose.** — Si l'on parcourt les observations que nous avons rapportées plus haut, on se convaincra de la grande différence qui existe dans les symptômes de la stéatose viscérale, suivant qu'on l'examine dans une maladie chronique ou dans une maladie aiguë, ou plutôt suivant que l'altération des viscères s'est produite rapidement ou lentement et à la longue.

Les observations VII, VIII, IX, X, XI, qui toutes se rapportent à des affections essentiellement chroniques et de longue durée, ont présenté la stéatose viscérale à l'état latent, quoique cette lésion anatomique ait été très-avancée, ainsi que le démontra l'autopsie; dans tous ces cas, pas

d'ictère, pas d'hémorrhagie, pas d'état comateux ou ataxo-dynamique, rien de ce que nous aurons à constater dans un instant, rien qui puisse appeler l'attention de l'observateur plus particulièrement sur le foie, les reins ou le cœur. Quelques symptômes cependant pourront, dans certains cas, servir au diagnostic ; ces symptômes qui ont une valeur réelle sont les suivants :

1° Une augmentation de volume du foie, dont le bord inférieur devient arrondi et se sent un peu plus bas que les fausses côtes ;

2° Une diminution dans l'énergie des battements du cœur, se traduisant par la petitesse du pouls, un choc pré-cordial plus faible et la diminution ou même l'absence du premier bruit du cœur ;

3° La présence d'une certaine quantité de graisse dans l'urine.

L'arc sénile que l'on avait donné comme un signe de la dégénérescence graisseuse du cœur, est loin d'avoir l'importance qu'on lui a attribuée ; nous ne l'avons rencontré dans aucune de nos observations. Quant à l'albuminurie, elle manque le plus souvent ; elle ne se montre que lorsque la circulation de l'organe est compromise, par exemple lorsque l'infiltration graisseuse des tubes urinipares s'accompagne d'hyperplasie du tissu conjonctif parenchymateux ou intertubaire ; c'est qu'en effet, le passage de l'albumine dans l'urine est un acte de transudation qui reconnaît pour cause un défaut dans les fonctions des capillaires plutôt que dans les fonctions des cellules épithéliales qui tapissent les tubuli des reins.

Lorsque la stéatose viscérale s'établit rapidement, les symptômes deviennent plus apparents, et en général, l'état du malade acquiert une gravité très-grande ; l'ictère, les hémorrhagies et l'adynamie sont les trois accidents qui dominent la scène : c'est ce que nous avons vu notamment dans nos trois observations I, IV et V, et c'est ce qu'on rencontre d'une manière uniforme dans un certain nombre d'affections à marche et à symptomatologie si identiques qu'on pourrait les réunir en un même genre morbide sous le nom d'*ictères graves* ; tels sont les ictères par atrophie aiguë du foie, par

dégénérescence graisseuse aiguë du foie, l'ictère pernicieux toxicoïde de Vunderlick (1), et les ictères graves par empoisonnement aigu par le phosphore (2) et par l'arsenic (3).

Le groupe morbide des *ictères graves* doit être rangé dans la classe des pyrexies; il est caractérisé anatomiquement par l'altération graisseuse du foie, des reins et du cœur, et symptomatologiquement par un ictère plus ou moins foncé, des hémorrhagies passives, de l'adynamie et une marche en général très-rapide. Quel rôle, dans ce groupe nosologique, appartient à la stéatose viscérale? est-elle cause? est-elle effet?

Une opinion assez accréditée veut que dans les ictères graves, la lésion des viscères soit simplement la conséquence de l'état général, et que les hémorrhagies, l'ictère, l'adynamie et les autres symptômes soient aussi produits directement par cet état général et n'aient aucun rapport avec la dégénérescence graisseuse des organes; on fait remarquer, à l'appui de cette manière de voir, que la stéatose du foie, des reins et du cœur peut exister sans ictère grave.

L'objection précédente tombe devant cette considération que la stéatose viscérale se produit lentement et progressivement, lorsqu'elle ne s'accompagne pas de phénomènes graves; tandis qu'elle s'établit très-rapidement dans les cas d'ictères pernicieux, ce qui doit bien en modifier les effets. M. Robin (1) a avancé aussi que dans les cas d'ictères graves, la stéatose viscérale était accompagnée d'une véritable liquéfaction des cellules hépatiques; il attribue à cette liquéfaction le cortège alarmant de symptômes qui caractérisent la maladie, et il en fait la lésion anatomique principale de l'ictère grave.

La question ne pouvait être éclaircie que par l'expérimentation; il s'agissait de déterminer sur l'homme ou sur les

(1) Vunderlick, *Archiv. für heilkunde*, 1863, 2<sup>e</sup> fascicule, page 146. — *Gazette des hôpitaux*, 1863, n° 73, page 291.

(2) Fritz, Ranvier et Verliac, *Arch. de méd.*, juillet 1863, p. 25. — Lancereaux, *Union médicale*, juillet 1863.

(3) Karajan, *Wochenblatt der aerzte in Wien*, 1863. — *Gaz. hebdom.*, 1863, n° 45, p. 741.

animaux une stéatose aiguë du foie, des reins et du cœur, et de voir si, par ce moyen, on pourrait déterminer l'apparition des symptômes propres à l'ictère grave. L'étude plus approfondie que l'on a faite dans ces derniers temps de l'empoisonnement aigu par le phosphore a fait cesser le désidératum qui régnait sur ce point ; on a vu que le phosphore ingéré à dose suffisante déterminait tout d'abord des accidents d'irritation sur le tube digestif, puis était absorbé et déterminait la dégénérescence graisseuse viscérale ; on a constaté que des vomissements et des symptômes d'inflammation gastro-intestinale traduisaient l'action caustique du médicament sur les premières voies, et que les accidents graves, semblables à ceux de l'ictère pernicieux, n'apparaissaient que plus tard, lorsque l'agent toxique avait pu porter son action sur le foie, les reins ou le cœur ; des expérimentations déjà nombreuses entreprises sur les animaux ont permis de s'assurer que les accidents pernicieux n'apparaissaient qu'à la suite de l'altération des organes. Dès lors, il devient logique de penser que les troubles généraux dans l'ictère grave, comme dans l'empoisonnement aigu par le phosphore, sont la conséquence de la lésion viscérale : telle est, en effet, l'opinion qui nous paraît la plus rationnelle et celle que partage aussi M. Lancereaux (2).

Mais dans la production de ces accidents graves, quelle part convient-il de faire à l'altération du foie, et quelle est celle qui revient à la lésion des reins et du cœur ?

Il est difficile de répondre d'une manière absolue à cette question : la lésion des reins peut bien jouer un rôle en occasionnant un certain degré d'urémie, mais rien prouve que cette urémie existe réellement ; elle n'a pas été constatée directement par l'analyse chimique, et de plus, elle ne se traduit pas habituellement par des symptômes tout à fait semblables à ceux de l'ictère grave ; ces raisons nous font penser que l'altération du foie est la cause la plus puissante des accidents, et ce qui nous porte encore à admettre

(1) Robin. — Mémoires de la Société de biologie de Paris, 1857, page 9.

(2) Lancereaux, *Union médicale*, 1863.

cette opinion, c'est que toutes les lésions capables de compromettre profondément la structure du foie et surtout l'intégrité de ses cellules sécrétantes s'accompagnent d'hémorragies, d'adynamie et d'ictère, c'est-à-dire de phénomènes offrant la plus grande analogie avec ceux de l'ictère pernicieux. Nous citerons à l'appui de notre dire l'observation suivante qui nous paraît très-concluante, parce qu'elle nous montre les résultats cliniques d'une liquéfaction des éléments propres du foie survenue sous l'influence d'une cause de nature non complexe.

**OBSERVATION XII. — Oblitération et dilatation des voies biliaires. — Atrophie du foie consécutive. — Altération de la bile. — Ictère grave. — Mort.**

Jean-Claude T..., tourneur à Lyon, âgé de 67 ans, doué d'une médiocre constitution, entre le 19 mai 1862 à l'Hôtel-Dieu de Lyon dans le service de M. Rambaud, salle St-Maurice, n° 27.

Cet homme n'a jamais eu de bien graves maladies; il accuse un catarrhe qui s'exaspère tous les hivers; il y a trois ans, il a eu une fièvre intermittente.

Il y a deux mois, le malade perdit sa femme; le lendemain de ce malheur, il la vit en songe, voulut se lever et fit en dormant une chute sur un escalier; il perdit connaissance pendant quelques minutes et se releva avec diverses contusions à la tête.

Le surlendemain apparut de l'ictère, puis de l'œdème des membres inférieurs qui envahit successivement les jambes, l'abdomen et les parois thoraciques.

Ces accidents persistant en s'aggravant, le sujet entre à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée dans le service, on constate un ictère très-intense et général; la région hépatique est douloureuse à la percussion, le foie est diminué de volume.

Un peu d'ascite. Œdème très-prononcé des membres inférieurs et des parois thoraciques. Anorexie, langue saburrale. Un peu de diarrhée, selles décolorées, urines bilieuses.

Pouls normal. Rien au cœur. Quelques râles humides dans les deux poumons, en arrière et en bas.

L'état du malade s'aggrave rapidement; l'ictère devient de plus en plus foncé; un peu de délirium se déclare pendant la nuit, l'ouïe s'affaiblit et les autres sens deviennent plus obtus.

Le 3 juin, la somnolence est continuelle.

Le 14, la langue est sèche et noirâtre, la peau est couverte de squames épidermiques; le pouls est lent; la teinte de la peau est plus foncée encore, comme si la matière colorante du sang venait à s'ajouter à celle de la bile; somnolence, sub-délirium, adynamie profonde.

Le 18 juin, la mort survient.

*Autopsie.* — Cadavre amaigri. Teinte ictérique foncée des téguments. OEdème des membres inférieurs. La peau est luisante et a un toucher manifestement savonneux.

Le péritoine est sain et laisse écouler quatre ou cinq litres de sérosité d'un jaune foncé.

Le foie a son volume un peu diminué, il est d'une couleur vert foncé aussi bien à la surface que dans son épaisseur; son tissu moins consistant se laisse facilement déchirer par le doigt et s'affaisse sous son propre poids, en s'étalant sur la table d'anatomie. La coupe de l'organe ne présente pas l'aspect granuleux qui lui est habituel; elle permet de voir les canalicules biliaires qui sont très-dilatés et remplis d'un liquide blanchâtre, trouble et un peu filant dans lequel le microscope démontre de très-nombreuses cellules épithéliales; pas de globules purulents et très-peu de globules muqueux.

La vésicule biliaire a le volume du poing, ses parois sont blanchâtres, et elle contient une grande quantité d'un liquide tout à fait semblable à celui qui remplit les canalicules biliaires; ce liquide dépose de nombreux flocons blanchâtres constitués par des amas de cellules épithéliales cylindriques; l'examen microscopique démontre qu'il n'est nullement purulent, mais qu'il doit sa lactescence aux éléments épithéliaux qu'il contient en suspension.

Le canal cystique peut admettre le bout du petit doigt. Le canal hépatique permet très-facilement l'introduction

de l'index. Le canal cholédoque est également dilaté de manière à pouvoir recevoir l'index ; mais à son aboutissement dans l'intestin, qui dans le cas actuel s'effectuait à un demi-centimètre du canal de Wirsung, il est considérablement rétréci par un noyau dur de tissu cicatriciel de la grosseur d'un pois ; cette induration siège sous la muqueuse, elle est constituée par de nombreux corps fusiformes, des cellules embryoplastiques et quelques faisceaux lamineux ; c'est la trace évidente de quelque ulcération récemment cicatrisée, ainsi que le démontre l'état de la muqueuse qui est rouge et ramollie en ce point.

La muqueuse qui tapisse les voies biliaires et leurs ramifications est blanche, amincie et sans trace d'inflammation.

Le microscope permet de constater qu'un grand nombre de cellules hépatiques sont en état de liquéfaction plus ou moins avancée ; les moins altérées sont granuleuses ; d'autres très-granuleuses ont perdu la netteté de leurs contours et de leur cohésion ; elles sont ramollies et plus ou moins liquéfiées ; d'autres sont réduites à leur noyau ; un grand nombre de granulations moléculaires encombrant la préparation ; pas de graisse.

Le tube digestif est sain, non œdématié ; les vaisseaux de l'abdomen ne présentent pas d'altération.

Les reins sont très-ictériques ; les cellules de la substance corticale sont fortement colorées en jaune et sont un peu granuleuses au microscope.

La rate est normale.

Le cœur et les poumons sont sains.

Le cerveau et ses enveloppes ne sont pas altérés ; la sérosité ventriculaire est un peu colorée par la bile.

Il ne nous reste que peu de chose à dire sur la marche, le pronostic, le diagnostic et le traitement de la stéatose viscérale ; nous avons vu que, dans certaines affections, la triple dégénérescence graisseuse s'établissait très-promp-tement et que toujours alors elle était d'une gravité effrayante ; nous avons donné plus haut les principaux signes de l'état graisseux du foie, des reins et du cœur. Quant au traitement, il ne peut être que préventif et il découle na-

turellement de la nature de la stéatose viscérale et de la manière dont la lésion se produit ; aussi renverrons-nous à cette partie de notre travail pour éviter les redites, en déplorant que dans le groupe des ictères graves la thérapeutique ait si peu de prises sur la maladie.

Nous croyons pouvoir tirer des considérations précédentes les conclusions qui suivent et qui seront comme le résumé de notre travail :

1° On doit reconnaître deux espèces de stéatose : une stéatose par hypergénèse du tissu cellulo-adipeux et une stéatose par état granulo-graisseux des éléments histologiques des organes.

2° L'état granulo-graisseux frappe très-souvent d'une manière simultanée le foie, les reins et le cœur.

Dans certains cas, il existe des connexions étroites entre ces trois stéatoses viscérales, si bien qu'on peut les considérer comme une sorte d'unité anatomique dont on doit étudier l'évolution, les symptômes, la marche, le diagnostic, le pronostic et le traitement.

3° La triple stéatose viscérale est facile à reconnaître, soit au microscope, soit à l'œil nu, lorsqu'elle est parvenue à un état plus avancé.

Elle reconnaît pour cause prochaine une infiltration de principes granulo-graisseux provenant du dehors, plutôt qu'une dégénérescence grasseuse par dédoublement des principes immédiats constituant les tissus.

4° Toutes les conditions capables d'augmenter la quantité des matières grasses du sang ou d'entraver l'élimination peuvent être des causes déterminantes de la stéatose viscérale.

5° La triple stéatose viscérale peut se rencontrer dans un grand nombre de maladies différentes.

Ses effets sont très-variables, suivant qu'on la considère dans les maladies chroniques ou dans les maladies aiguës, c'est-à-dire suivant qu'elle s'est développée d'une manière lente et progressive ou d'une façon brusque ou suraiguë ; dans le premier cas, elle se traduit surtout par des phénomènes locaux ne retentissant que fort peu sur l'ensemble



de l'économie ; dans le second cas, elle est caractérisée principalement par une série d'accidents généraux graves, tels que ceux qui caractérisent le groupe nosologique des ictères pernicioeux.

6° Les phénomènes généraux graves qui appartiennent aux ictères pernicioeux sont le résultat immédiat de l'altération des organes, peut-être de la lésion des reins, mais surtout de la lésion hépatique. L'étude de l'empoisonnement aigu par le phosphore et certaines observations de maladies peu complexes du foie déposent en faveur de cette manière de voir.

7° Le pronostic de la stéatose viscérale multiple est en rapport avec la marche de la maladie ; il est beaucoup plus grave dans les cas aigus que dans les cas chroniques.

8° Le traitement se déduit des causes qui favorisent ou déterminent la formation de la stéatose et des effets qui résultent de la lésion anatomique une fois développée.

DE L'EMPLOI DE L'HUILE DE SCHISTE DANS LE TRAITEMENT DE LA GALE ET D'AUTRES MALADIES DE LA PEAU. — DE SON APPLICATION DANS CELUI DES VOIES RESPIRATOIRES.

Par le docteur RÉROLLE (d'Autun).

Dans son numéro du 15 décembre 1864, le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* a publié un article dans lequel un médecin belge, M. Decaisne, propose l'huile de pétrole comme *moyen simple de guérir instantanément la gale de l'homme*.

Ce moyen n'est pas de date récente, si, comme l'analyse semble le démontrer, il existe des rapports intimes dans les éléments qui entrent dans la composition de cette huile avec ceux qui constituent l'huile de schiste.

Il y a, en effet, plus d'un siècle que les habitants d'une

contrée, située à quelques kilomètres d'Autun, où se trouvent en grande abondance les schistes bitumineux, employaient, pour combattre les affections dartreuses et la gale chez l'homme et les animaux, les résidus qu'ils obtenaient par la combustion à l'air libre de ces schistes.

Comment avaient-ils été amenés à faire usage de ces goudrons? c'est ce qu'il m'a été impossible de découvrir. Les vieillards tenaient ce moyen de leurs pères. C'est la seule réponse qu'on peut obtenir aux questions qu'on leur adresse; ils sont étonnés qu'on leur en demande davantage.

Un souvenir déjà lointain, car il date d'au moins quarante ans, est resté gravé dans ma mémoire. J'étais bien jeune, et certes j'étais loin de penser à la médecine et de prévoir qu'un jour j'aurais occasion de faire l'application de ce qui se passait alors sous mes yeux. Me trouvant dans ce pays, où les schistes abondent et se rencontrent même à la surface du sol, je regardais avec l'étonnement du jeune âge brûler, au foyer d'une maison, une certaine quantité de ces schistes dont le véritable nom restait encore inconnu aux habitants, qui les désignaient sous celui de *pierres noires*. Pendant la combustion, il s'écoulait un liquide noirâtre, épais, d'une odeur très-pénétrante, appelé par eux *huile de pierres*, qu'ils recueillaient avec soin pour être employé au traitement d'un troupeau galeux ou dartreux.

Ce même liquide, ou plutôt goudron, était également employé chez l'homme, mais plus rarement, uniquement, m'a-t-il été affirmé depuis, parce que son odeur insupportable et tenace trahissait ceux qui avaient la gale. Il était bien reconnu qu'aucun moyen ne pouvait lui être comparé, mais on ignorait sa rapide efficacité. On croyait qu'il devait, comme toutes les pommades auxquelles on avait alors recours, être employé pendant *neuf jours*. La répugnance qu'il inspirait s'explique donc facilement.

C'était là tout le parti qu'on tirait de ces produits qui devaient, quelques années plus tard, devenir une source de richesses pour le pays. Il y a, en effet, trente ans environ qu'un homme d'une haute intelligence vint établir, dans les mêmes lieux où le hasard m'avait rendu témoin de la

combustion des schistes, des usines de distillation où, après avoir subi diverses opérations, l'huile extraite de ces *pierres noires*, rendue parfaitement limpide, pouvait être employée à l'éclairage, tandis que des résidus ou goudrons on retirait des substances susceptibles d'être transformées en bougies, ou appliquées à différents usages industriels.

Mais depuis cette époque, par une bizarrerie inexplicable, il semble que l'emploi de l'huile de schiste ait été abandonné, comme antipsorique, par ceux-là même qui en avaient fait usage les premiers. Était-ce de leur part une sorte de protestation contre les progrès de la chimie et de l'envahissement de l'industrie? Peu importe.

Appelé bien souvent à donner des soins aux nombreux ouvriers employés dans plus de quinze usines qui se sont successivement élevées dans ce bassin, j'ai été plus d'une fois surpris de ne jamais rencontrer parmi eux une seule maladie de peau, et cependant, si la malpropreté les engendre, nulle part elles ne devraient être aussi fréquentes. Cette observation, en se renouvelant chaque jour, devait nécessairement réveiller chez moi d'anciens souvenirs. Je me rappelai, en effet, qu'autrefois j'avais vu guérir la gale par l'emploi des mêmes huiles.

Dès lors, il ne me suffisait plus de ne pas rencontrer de galeux parmi les ouvriers des usines, il me fallait faire plus : introduire l'huile de schiste dans la pratique ordinaire, afin d'en étudier les effets. La chose était difficile, beaucoup plus difficile que je ne le pensais ; personne ne voulant essayer d'un moyen répandant une odeur aussi pénétrante, aussi détestable, et qu'on pouvait croire au moins incertain. Ce n'est donc qu'après bien des prières que je suis arrivé à persuader quelques malades qui, ayant hâte de se débarrasser, dans le plus bref délai, d'une affection aussi ennuyeuse que la gale, dans certaine position sociale, ont bien voulu consentir à se soumettre à un traitement dont le succès et le peu de durée devaient les récompenser :

Voici la manière dont j'ai procédé dans mes premiers essais. Je commençais par faire prendre un bain un peu chaud ; puis, après un séjour d'une demi-heure dans l'eau, le malade était frictionné avec une brosse un peu dure jus-

qu'à ce que les boutons fussent ouverts ; puis après l'avoir séché au moyen de linges chauds, on lui frictionnait tout le corps avec un tampon imbibé d'huile brute. Cette friction était renouvelée deux ou trois fois, à quelques minutes d'intervalle ; puis, après deux ou trois heures, il était lavé à grande eau avec du savon vert pour faire disparaître l'odeur.

Ce procédé réussit parfaitement ; malheureusement c'était toujours aux dépens de l'épiderme qui était enlevé et du derme qui s'enflammait et devenait douloureux. J'ai donc dû le modifier. Aujourd'hui je me contente de faire frictionner le patient dans un bain tiède avec la brosse, puis une fois sec, le corps entier est enduit d'huile de schiste au moyen d'un linge doux. On a soin de s'abstenir de toute friction. Une seule onction et un bon lavage au savon vert suffisent à peu près constamment ; je dis à peu près, car j'ai vu quelques individus qui, dans la crainte de voir le mal reparaître, recommençaient le lendemain. Ce moyen est infaillible, et personne n'hésite aujourd'hui à y avoir recours. Le nombre de ceux à qui il a réussi est assez grand pour que je le recommande de préférence à tout autre.

L'huile de schiste, dans le traitement de la gale, agit en tuant instantanément l'acarus, comme elle tue tous les insectes et même les végétaux sur lesquels elle est répandue. Partant de ce principe destructeur, j'ai tenté quelques essais en l'employant contre d'autres affections de la peau, contre la teigne, par exemple. Jusqu'à ce jour, deux enfants seulement ont été soumis aux frictions faites avec cet agent une fois dans les 48 heures, mais avec beaucoup de ménagement. Un d'eux, qu'il m'était facile de surveiller, a guéri très-rapidement ; un mois de ce traitement a été plus que suffisant. Le second allait très-bien après quinze jours de frictions faites avec assez de soin ; mais comme il habite la campagne, je ne l'ai pas revu depuis trois mois, ce qui me fait supposer qu'il est guéri ou en bonne voie de l'être.

Les nombreux exemples de gale guérie par l'huile de schiste me portent à cette conclusion : *qu'aucun moyen ne peut lui être comparé dans le traitement de cette éruption essentiellement contagieuse et si répandue ; que si on ne peut*

*se prononcer avec aussi peu d'hésitation pour ce qui est des autres maladies de la peau, on peut avec certitude, en voyant qu'il n'existe aucune de ces affections dans les usines à schistes, être convaincu de la grande puissance destructive de cette huile sur l'acarus, les lichens, les eczémas...* Je fais donc un appel à la médecine. Ce moyen est simple et peu coûteux ; il deviendrait une grande ressource pour la classe pauvre, pour les hôpitaux et même pour les gens aisés, à cause de la rapidité avec laquelle il agit. Dans tous les cas, l'huile, telle qu'elle sort des appareils de distillation, doit être préférée à celle qui a été épurée et désinfectée ; elle est plus active.

Il est une autre action des huiles de schiste sur l'économie, et de laquelle je m'abstiendrais peut-être encore de parler, si je ne voyais dans les journaux de médecine vanter fréquemment les bons effets obtenus sur les voies respiratoires par l'inhalation des produits volatils qui se dégagent autour des épurateurs du gaz de l'éclairage, c'est-à-dire des goudrons ; effets que j'ai été à même d'apprécier sur des enfants atteints de coqueluche.

Je n'ai malheureusement pas encore pu rassembler assez de faits pour appuyer d'une manière irréfutable, auprès de certaines personnes, l'opinion que je vais avancer, et cependant ma conviction est si profonde que je n'hésite pas à dire :

*Que l'inhalation des produits volatils des huiles de schiste a une grande puissance curative sur les maladies chroniques des voies respiratoires, telles que la phthisie, l'asthme, la bronchite, et plus particulièrement peut-être sur ces deux dernières ; que cette action est d'autant plus marquée et plus rapide que le malade passe plus de temps auprès des réservoirs destinés à recevoir les huiles, à mesure qu'elles s'écoulent des cornues de distillation. Cet effet tient, sans doute, à ce que ces huiles brutes laissent échapper une plus grande quantité de principes volatils dus à la présence des goudrons mélangés aux carbures, et que l'évaporation est, de plus, favorisée par un reste de chaleur. On conçoit que dans ces conditions l'absorption de ces vapeurs par les malades soit énorme.*

Si les observations que je possède ne sont pas assez nombreuses pour établir d'une manière irréfutable la curabilité des maladies du poumon par le produit dont je parle, elles le sont assez pour que ma conviction soit formée et que je regarde comme un devoir d'en recommander l'essai.

Ce qui attira pour la première fois mon attention sur les effets possibles de l'inhalation de ces produits volatils sur les maladies des bronches, ce fut la présence bien inattendue, parmi les nombreux ouvriers d'une usine de ce genre, d'un asthmatique auquel j'avais été bien souvent appelé à donner des soins. L'histoire de cet homme est assez intéressante pour être rapportée.

Agé de 50 ans environ, d'une constitution forte en apparence, ce malheureux ne peut donner des renseignements sur l'invasion de son mal qui date d'au moins vingt ans. Il n'a pu nous renseigner sur l'état de santé de ses parents. Les accidents qui accompagnent ordinairement l'asthme étaient arrivés chez lui à ce point qu'il ne pouvait plus travailler; c'est à peine si, comme journalier, il se livrait à ses occupations une fois par semaine; de là une misère telle qu'il fut admis en quelque sorte par charité dans une usine à schiste et chargé, à cause de son infirmité, d'une surveillance peu pénible, de l'écoulement des huiles dans leurs réservoirs. Il se trouvait ainsi, très-heureusement pour lui, exposé aux émanations abondantes produites par les huiles brutes. Sous l'influence de l'aspiration incessante de ces vapeurs, sa santé ne tarda pas à s'améliorer, et ce n'est pas sans une extrême surprise qu'il se vit, presque subitement, à même de travailler pendant le jour et la nuit. Voici trois ans que je le surveille, et j'ai la preuve que pendant ce laps de temps il n'a pas été indisposé huit jours. Je dois dire qu'il n'a pas cherché du travail ailleurs que dans les usines à schiste. Y a-t-il chez lui guérison complète ou seulement suspension d'accidents due à l'action des gaz sur les poumons? Voici ce qu'il m'est impossible de décider.

J'ai depuis questionné un grand nombre d'ouvriers, et, d'après leurs réponses, j'ai lieu de croire que si les toux qu'ils contractent en passant nécessairement, par suite de leurs occupations, d'une grande chaleur à un froid très-

intense, ne sont pas de longue durée ; ils ne le doivent pas aux soins qu'ils prennent, ils sont nuls, mais uniquement à l'absorption qu'ils font des gaz schisteux qu'ils respirent.

Frappé de l'amélioration surprenante survenue chez cet homme, amélioration qui ne saurait être attribuée à une autre cause, j'ai fait sur moi-même l'application de ce traitement ; il m'a assez bien réussi.

Fils et petit-fils de mères asthmatiques, mais d'une très-forte constitution sanguine, j'ai ressenti les premiers symptômes de cette maladie à la suite d'une pneumonie grave dont j'ai été atteint dans les premiers jours de 1848 ; j'avais alors 36 ans. Depuis cette époque, le plus petit refroidissement a toujours déterminé des accidents plus ou moins sérieux du côté des bronches. Deux nouvelles pneumonies, dont la dernière date de 1856, n'ont fait qu'augmenter la susceptibilité des poumons, dont les fonctions ne se rétablirent que très-lentement et jamais complètement. Malgré l'usage des eaux Bonnes, de St-Honoré et d'Enghien, j'ai continué d'éprouver tous les phénomènes qui forment le cortège de l'asthme arrivé à un certain degré d'intensité.

En voyant le changement extraordinaire survenu dans la santé de l'ouvrier dont j'ai retracé brièvement l'histoire, je n'ai pas hésité à recourir au même moyen. Malheureusement je ne pouvais pas employer le même procédé pour aspirer les vapeurs schisteuses ; j'ai dû en choisir un plus à ma portée, certainement moins actif. Il consiste simplement à faire usage d'huile de schiste pour mon éclairage ; mais comme ce n'est guère par la combustion qu'elle agit, mais bien par évaporation, j'ai soin de prolonger cette évaporation en laissant la lampe éteinte près de mon lit ; de sorte que, même pendant mon sommeil, j'absorbe d'une manière insensible une grande quantité de produits qui ne cessent un instant de se volatiliser. Les poumons en sont réellement saturés.

Je ne regarde pas la lampe comme un instrument indispensable dans l'application de ce traitement ; seulement, comme elle a, dans cette circonstance, un double but, je la préfère à tout autre vase dans lequel on placerait de l'huile. On ne doit pas oublier que celle-ci agit avec d'au-

tant plus d'énergie qu'elle est moins épurée. L'odeur en est fort désagréable pendant les premiers jours ; mais on s'y habitue facilement, surtout quand on commence par en brûler et qu'on se soumet à son inhalation pendant le sommeil. Cette manière de procéder a cela de particulier qu'elle ne cause jamais la moindre fatigue et qu'elle peut se prolonger indéfiniment, tandis qu'il n'en est pas de même des autres inhalations médicamenteuses ; son action doit donc être plus efficace.

Voici plus de deux ans que je me soumets, autant que mes occupations me le permettent, à ces aspirations, et je regarderais ma guérison comme complète, si je n'éprouvais encore de temps en temps de l'oppression quand, par une cause quelconque, je suis forcé de suspendre mon traitement pendant plusieurs jours consécutifs. Il est vrai qu'il me suffit de le reprendre pendant quelques heures pour la voir disparaître. Aussi la marche, qui était devenue sinon impossible, au moins très-pénible, surtout dans la montagne, est-elle facile aujourd'hui.

Je ne me fais certainement pas illusion sur la difficulté d'inspirer assez de confiance à mes confrères pour leur faire entreprendre des essais sur ce nouvel agent thérapeutique ; et cependant je pourrais leur dire : Pourquoi ne lui accorderiez-vous pas la même confiance qu'aux produits volatils qui s'échappent des épurateurs du gaz de l'éclairage, des eaux minérales, de l'iode, des goudrons résineux, qui tous comptent des succès ? Ce traitement des maladies de poitrine n'est point exclusif ; seul il peut amener la guérison dans certaines conditions ; mais dans tous les cas, il ne peut que favoriser l'action d'une médication interne. C'est sous ce point de vue surtout que j'en recommande l'application.

---



## SOCIÉTÉS SAVANTES DE LYON.

## SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

PRÉSIDENTE DE M. BONDET.

*Compte-rendu des séances de la Société pendant le trimestre d'avril 1865.*

(Extrait des procès-verbaux de la Société.)

*Discours de MM. Perroud et Bondet. — Recherches sur la circulation cardiaque chez la grenouille. — Discussion. — Tumeur lipomateuse dégénérée. — Cas rare de contagion médiate de la syphilis. — Anatomie pathologique de la pneumonie chronique.*

M. le président PERROUD prononce un discours dans lequel il remercie la Société de l'avoir appelé à présider ses travaux, et résume sa situation morale tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Il rappelle la mort d'un de ses membres, M. Bertolus, ainsi que celle du directeur de l'Ecole de médecine de Lyon, M. Richard (de Nancy). En outre, la Société a perdu quatre membres adjoints et un membre titulaire qui ont quitté Lyon; mais, d'un autre côté, ont été nommés cette année deux membres correspondants, cinq membres titulaires, un membre honoraire. De plus, un membre adjoint est devenu membre titulaire, et M. Diday a échangé son titre de membre honoraire contre celui de membre titulaire. La Société compte aujourd'hui 85 membres, dont 5 honoraires, 48 titulaires, 13 correspondants et 19 adjoints. M. le président exprime le désir qu'un changement soit fait dans le règlement relativement aux membres adjoints, changement qui donnerait l'espérance de voir grossir le nombre des internes faisant partie de la Société.

M. le président, à propos de la publication des annales, fait remarquer combien il est regrettable que les commu-

nications ne soient pas toujours accompagnées de notes écrites.

M. le président remercie la presse médicale de Lyon dont l'hospitalité est pour la Société la source des plus grandes économies ; économies nécessaires, puisque l'état actuel de ses finances lui défend toute nouvelle dépense.

M. le président félicite ensuite la Société d'avoir changé l'article du règlement par lequel toute modification à ses statuts devenait presque impossible.

Nous sommes aujourd'hui en rapport avec un grand nombre de Sociétés. M. le recteur, M. le directeur de l'Ecole de médecine s'intéressent à nos travaux.

M. le président termine par des félicitations pour le bureau entrant, et remercie les membres du bureau sortant de leur active coopération qui lui ont rendu sa tâche facile à remplir.

Installation du nouveau bureau. — Présidence de M. Bondet.

M. BONDET remercie la Société de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présider, l'assure de tous ses efforts pour s'en rendre digne et l'engage à persévérer dans le zèle scientifique qu'elle a montré jusqu'à ce jour. M. Bondet, se faisant l'interprète de tous, termine en adressant à M. Perroud nos remerciements pour la bonne direction qu'il a su donner à nos travaux.

M. le docteur JUDÉE a la parole pour la lecture d'un mémoire qui a pour titre : *Recherches sur la circulation cardiaque chez la grenouille*.

Dans une première partie, l'auteur cherche à expliquer comment la circulation du sang dans le cœur de la grenouille est possible, et dans une seconde partie étudie la série des phénomènes auxquels cette circulation donne lieu.

La possibilité de la circulation du sang dans le cœur de la grenouille est la conséquence de ces deux faits : 1° systole auriculaire incomplète, dont le résultat est que la systole ventriculaire ne fait pas repasser le sang du ventricule dans l'oreillette ; 2° après la systole ventriculaire, contrac-

tion de la crosse aortique pendant toute la durée de la révolution cardiaque, contraction empêchant le sang artériel de revenir en arrière.

M. Judée, abordant ensuite la seconde partie de son mémoire, c'est-à-dire la série des phénomènes auxquels la circulation cardiaque donne lieu, insiste d'abord sur la nécessité, pour la réussite de l'expérimentation, que la grenouille n'ait pas perdu de sang ; puis il décrit, pour le cœur de la grenouille, un rythme à deux temps. Pendant le premier temps, il y a contraction de l'oreillette ; celle-ci est comme avalée par le ventricule qui se soulève d'une manière brusque et instantanée. Ce soulèvement brusque et instantané est le *battement du cœur* qu'en conséquence, avec M. Beau, l'auteur place dans le premier temps ; la systole ventriculaire constitue le second temps, pendant lequel l'on voit, pour ainsi dire, l'oreillette aller au-devant du ventricule. — M. Judée propose à la Société de lui soumettre ses expériences dans la prochaine séance. — M. le président accepte au nom de la Société et renvoie la discussion à ce moment.

— M. JUDÉE fait passer sous les yeux des membres de la Société des grenouilles préparées suivant son procédé. Il engage chaque membre à se convaincre par lui-même de la justesse des opinions émises par lui dans son mémoire.

## DISCUSSION.

M. JUDÉE rappelle les deux théories de M. Rouanet et de M. Beau et montre que la sienne diffère de celle de M. Rouanet en ce que celui-ci attribue le choc du cœur à la contraction ventriculaire et fait commencer le rythme des contractions du cœur par la systole ventriculaire ; et de celle de M. Beau, en ce que celui-ci met dans un même temps la systole auriculaire, la diastole et la systole ventriculaire.

M. SOULIER objecte à la théorie de M. Beau, adoptée par M. Judée, sur la cause du choc les résultats obtenus par MM. Martin-Magron et Buisson avec un levier très-léger placé sur le ventricule du cœur d'une grenouille ; les expériences ont été répétées par ces messieurs devant la Société de biologie. Le levier était assez léger pour que la diastole ventriculaire le sou-

levât parfaitement; mais en le rendant un tant soit peu plus lourd, c'était pendant la systole ventriculaire qu'alors le levier était soulevé.

M. JUDÉE connaît le levier de MM. Martin-Magron et Buisson : il croit que ces messieurs se sont placés dans des conditions mauvaises d'expérimentation.

M. DUPUY insiste sur ce fait que ce n'est pas la dilatation ventriculaire qui fait le choc, mais le soulèvement de la pointe du cœur, soulèvement que la théorie du recul de M. Hiffelsheim explique très-bien d'après lui.

M. CHAUVEAU. — Ce qui se passe chez la grenouille se passe de la même manière chez tous les animaux; la dilatation ventriculaire et ce que l'on appelle le choc du cœur sont deux choses complètement différentes.

M. JUDÉE déclare maintenir, quant à la grenouille, toutes les assertions émises déjà par lui.

M. OLLIER met sous les yeux de la Société une tumeur, de la grosseur de la tête d'un enfant de dix ans, qu'il a enlevée de l'aisselle d'une de ses malades âgée de 40 ans. Cette tumeur a eu un développement rapide, elle datait de cinq à six mois, elle était mobile, saillante, sans adhérence à la peau et ne comprimait pas les vaisseaux. L'état général paraissait grave, vu la teinte jaune et la maigreur de la malade. Ça et là la tumeur était fluctuante, présentait des bossclures; sur sa surface serpentaient des veines variqueuses. M. Ollier pensa à une tumeur maligne siégeant dans les ganglions. Il attendit quelques jours pour opérer. Il s'aperçoit, au bout d'un certain temps, que la tumeur a diminué, qu'elle est plus mobile, que les bossclures sont plus isolées. Il modifie alors son diagnostic et se croit en présence d'une tumeur fibro-plastique ou d'un lipôme plus ou moins altéré. L'extirpation a été facile; pas d'adhérences aux vaisseaux. Mais pendant l'énucléation de la tumeur, et surtout après dissection, M. Ollier reconnaît une altération fibro-plastique des lobules graisseux, sans rapport avec les ganglions. A une coupe, en effet, la nature graisseuse est évidente; certains lobes paraissent presque complètement lipomateux; la graisse y est cependant moins jaune, c'est ce qu'on a considéré comme un lipôme dégénéré; certains

lobes sont formés de tissu fibro-plastique ; pas de suc, mais çà et là du tissu gélatineux ; en quelques points, des traces d'épanchements sanguins.

M. Ollier considère cette tumeur comme dérivant des éléments conjonctifs, ou étant une hyperplasie, et insiste sur ce fait que les lipômes purs doivent aussi être considérés comme dérivant des éléments conjonctifs, puisque la graisse se forme toujours dans les éléments cellulaires du tissu conjonctif ; les lipômes ne sont donc aussi qu'une forme d'hyperplasie des cellules embryoplastiques.

M. Ollier fait remarquer que le siège de ces sortes de tumeurs sous-aponévrotiques est rarement en dehors des ganglions. Malgré l'absence de ramifications profondes, cependant il n'est pas sans quelque crainte au point de vue de la récurrence, à cause d'une légère tuméfaction des ganglions, de la rapidité du développement de la tumeur et de la présence dans son intérieur de tissu gélatineux.

M. CHABALIER lit une observation avec ce titre : *Cas rare de contagion médiate de la syphilis.*

Cette observation est remarquable à trois points de vue : 1<sup>o</sup> difficulté de diagnostic au début ; 2<sup>o</sup> lumières apportées au diagnostic par les données scientifiques nouvelles de l'évolution de la maladie ; 3<sup>o</sup> similitude des accidents du contagionné avec ceux du contagionnant.

Le sujet de l'observation est un malade chez lequel M. Chabaliér, la première fois qu'il le voit, constate, sans qu'il n'ait nulle raison de soupçonner que la syphilis fût là pour quelque chose, — constate, dis-je, vers la marge de l'anus à gauche, une hypertrophie papillaire en forme de plaque régulière ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs. Des traitements locaux sont successivement variés sans résultat heureux, jusqu'à l'emploi de la pomnade au calomel qui amena rapidement la résolution.

Quelques jours après, sur le menton, une plaque identique à celle de la fesse ; mais rien autre, comme accident spécifique, si ce n'est un énorme ganglion inguinal gauche que le malade dit avoir vu survenir depuis deux ou trois mois. Dans les antécédents, impossible de rien découvrir ;

le malade nie absolument avoir eu un accident syphilitique quelconque.

A la visite qui suivit, M. Chaballier constata une plaque muqueuse buccale; le malade la considérait comme un aphthe et racontait être très-sujet depuis quelque temps à de semblables aphthes qu'il cautérisait avec le nitrate d'argent. Notre confrère affirme alors au malade qu'il a eu un chancre il y a trois mois environ et lui dit de chercher, et celui-ci ne peut se rappeler qu'un furoncle à la partie externe de la cuisse gauche et qui avait duré un mois. M. Chaballier inspecte aussitôt la cuisse gauche et reconnaît les trous d'un chancre induré cicatrisé là où avait été le prétendu furoncle. Mais comment expliquer la contagion? M. Chaballier finit par en trouver une, la suivante : Dans un état de demi-lucidité, à la suite d'un dîner d'inventaire, des rapports exclusivement digitaux eurent lieu avec la maîtresse d'un ami, rapports interrompus par un prurit à la cuisse, et une inoculation s'ensuivit.

Ainsi, grâce à la connaissance parfaite de l'évolution naturelle de la syphilis, M. Chaballier, au lieu de se lancer à l'aveugle dans un passé indéterminé, a pu restreindre les recherches historiques de son malade dans une période de temps courte et rapprochée et arriver à mettre enfin le doigt sur l'origine de cette vérole.

Mais, en outre, la femme de ce malade, infectée, — et certainement du fait de ce dernier, — a présenté des accidents secondaires de même forme, de même siège, de même évolution que ceux de son mari. A ce dernier point de vue, M. Chaballier dit avoir observé d'autres faits semblables; aussi admet-il que la graine syphilitique modifie bien plus le terrain qu'elle n'est modifiée par lui. Notre collègue termine ainsi son travail : *C'est sur cet ordre de faits que la doctrine des syphilis fortes ou faibles de M. Diday trouverait un appui solide, au lieu de tomber dans les infiniment petits pathologiques que notre honorable maître et collègue a mis au monde.*

## DISCUSSION.

M. DIDAY demande à M. Chabaliér quelques explications sur ces infiniment petits pathologiques qu'il lui attribue.

M. CHABALIÉR répond qu'il a voulu faire allusion principalement aux croûtes de lait que M. Diday a prétendu pouvoir être de nature syphilitique; la syphilis, d'après ce dernier, présentant des combinaisons infinies.

M. DIDAY ne se rappelle pas avoir jamais dit que les croûtes de lait pussent être syphilitiques; il nie admettre des véroles qui seraient imperceptibles.

A l'appui, du reste, de l'opinion qui donne à la graine une plus grande importance qu'au terrain, il raconte l'histoire de deux amis ayant eu une maîtresse commune qui les infecta tous les deux, et tous les trois eurent des manifestations syphilitiques semblables.

M. CHABALIÉR dit que c'est dans une communication faite à la Société des sciences médicales par M. Diday que celui-ci a émis l'opinion de la possibilité pour la croûte de lait d'être syphilitique.

M. CHATIN présente des tranches de poumon de deux malades; dans un cas, il s'agit de poumons tuberculeux avec cavernes, dans l'autre de *pneumonie chronique* avec excavation; l'on peut comparer les deux.

M. Chatin rappelle qu'il est possible de ramener les formes de *pneumonie chronique* à trois types fondamentaux :

1° L'induration rouge;

2° L'induration jaune;

3° L'induration grise ardoisée; c'est la plus fréquente et celle à laquelle appartient le poumon mis sous les yeux de la Société.

*Caractères physiques du tissu malade.*—Consistance ferme, difficile à écraser entre les doigts, crie sous le scalpel, imperméable; non crépitant, va au fond de l'eau. Gris cendré, ardoisé, non vasculaire; par la pression, il ne suinte sur une coupe que peu de liquide séreux; mais le caractère par excellence, c'est la présence sur une surface de section de lignes blanchâtres, rubanées, plus ou moins régulièrement entrecroisées. Ces lignes répondent à des tractus fibreux

partant de la plèvre et formés par l'hypertrophie du tissu lamineux qui sépare les lobules pulmonaires.

*Caractères histologiques.* — 1° Matière amorphe finement granuleuse qui remplit les vésicules pulmonaires. L'acide acétique pâlit cette matière amorphe et laisse subsister les granulations graisseuses.

2° Tractus fibreux constitués par des cellules plasmatiques normales avec leur noyau.

3° La couche épithéliale a disparu ; elle est remplacée par des granulations graisseuses.

Au sommet du poumon droit, deux excavations du volume d'une noix, à parois tapissées par une membrane organisée et contenant un liquide séro-purulent.

Dans le lobe moyen droit, plusieurs points en dégénération graisseuse ou constituant de petits foyers suppurés. Plèvre saine. Poumon non-diminué de volume. Ganglions bronchiques sains. Bronches non dilatées au niveau des cavités. Absence de tubercules dans les parties saines du poumon. Pas de prolifération des cellules plasmatiques. Foie graisseux.

Dans le poumon gauche, l'induration grise ardoisée occupe le poumon en entier, moins une partie du lobe inférieur. Pas d'ulcérations.

A l'auscultation, l'on avait trouvé à droite et en arrière, au niveau de l'angle de l'omoplate, du souffle amphorique, du gargouillement et de la pectoriloquie ; à gauche, du souffle bronchique très-dur et accompagné de quelques râles muqueux.

---

## REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

---

**Fièvre typhoïde**, par M. FONTAN. — Parmi les maladies que le médecin est appelé à soigner, la fièvre typhoïde est encore une de celles qui, de nos jours, font le plus de ravages ; eh bien ! par un traitement qui m'est



particulier, et que je suis heureux de faire connaître pour la première fois dans le sein de votre compagnie, depuis dix huit ans, je n'ai pas perdu un seul malade de cette maladie, quoique j'en aie traité 184. On m'objectera peut-être qu'il s'agit de fièvres typhoïdes légères, de cas douteux même. Je répondrai que j'ai habité Paris plusieurs années, j'y ai suivi le service des hôpitaux sous des maîtres célèbres, j'ai été par conséquent à même d'étudier cette maladie sous ses formes les plus graves ; eh bien ! je puis affirmer que les cas que j'ai eus dans ma pratique sont de la même nature que ceux qu'on observe à Paris, et j'ai eu soin de mettre de côté tous ceux qui n'étaient pas caractérisés par une fièvre de vingt et un jours de durée au moins.

Voici mon mode de traitement : Les trois premiers jours, la fièvre n'étant pas bien caractérisée, je me contente de donner des boissons tièdes ; mais dès le quatrième jour, si les symptômes typhoïdes se manifestent, je commence par donner du bouillon au malade cinq à six fois par jour, à la dose de deux à trois cuillerées à bouche chaque fois. Le soir, je donne une purgation de calomel dont la dose pour un adulte ne dépasse jamais 50 centigrammes, et, le lendemain matin, je donne 30 grammes d'huile de ricin. Je réitère trois fois ces deux purgations, en mettant un jour d'intervalle entre chacune d'elles ; le jour intermédiaire, je fais boire de l'eau de Seltz et de la limonade froide ; en même temps, je fais prendre au malade des lavements d'eau froide, et je fais appliquer des compresses froides sur le ventre ; de plus, je fais promener plusieurs fois par jour des sinapismes sur le corps du malade, et je donne de l'air à l'appartement, quelque temps qu'il fasse et sans craindre de développer une bronchite ou pneumonie. Vers le dixième ou douzième jour, je fais prendre trois fois, à jour passé, un verre d'eau de Sedlitz, en alternant avec de l'eau de Seltz. A partir de ce moment, je commence à faire manger le malade ; il prend des potages, du lait, des cotelettes. Vers le quinzième jour, je donne trois cuillerées de vin de quinquina tous les jours, et je commence à faire lever le malade dès qu'il peut se tenir hors du lit. Grâce à ce traitement, depuis dix-huit ans je n'ai pas perdu un seul malade atteint

de fièvre typhoïde ; et pendant que cette maladie enlevait un grand nombre l'an dernier à Luchon, sur huit que j'ai soignés, pas un seul n'a succombé. Dans un village voisin, j'ai été appelé à donner des soins à dix malades ; ils ont tous guéri, excepté un seul qui était au trente-cinquième jour de sa maladie lorsque je l'ai vu, et qui a succombé le lendemain. Pendant ce temps-là, sur dix malades traités dans un autre village par des confrères, sept ont succombé. — S'il survient du délire ou des symptômes nerveux, je donne une potion camphrée et un lavement au musc. J'ajouterai que je ne fais jamais la médecine de symptômes ; quelles que soient les complications, je maintiens rigoureusement mon traitement. — (*Union médicale de la Gironde*, juillet 1865.)

**Note sur l'étamage des vases culinaires et sur la poterie d'étain**, par le docteur J. JEANNEL. — Le plomb est le poison métallique le plus insidieux. Introduit peu à peu dans l'organisme à très-petites doses, sous une forme quelconque, il détermine à la longue des névroses, des chloro-anémies, des paralysies extrêmement rebelles, qui constituent à elles seules ou qui peuvent compliquer les états morbides les plus variés. L'usage journalier d'aliments contenant des quantités minimales de plomb, des quantités trop faibles pour être perceptibles aux moyens d'analyse ordinaires, est nécessairement très-fâcheux pour les sujets débilités, et l'on doit craindre que les proportions de plomb auxquelles résisteraient des hommes vigoureux n'entravent le retour des forces chez les convalescents, et n'annulent les effets de la médication reconstituante si souvent indiquée dans les hôpitaux.

Il est vrai que diverses ordonnances du Ministre de l'agriculture et du commerce, et notamment celle du 14 juillet 1859, prescrivent l'usage exclusif de l'étain fin pour toute espèce d'étamage, mais ces ordonnances ne sont pas toutes exécutées ; en l'absence d'une surveillance effective, elles restent lettre morte. Je puis affirmer qu'aujourd'hui, comme avant l'ordonnance que je viens de citer, des étamages contenant 25 à 30 0/0 de plomb sont exécutés partout libre-

ment. J'ai même eu l'occasion d'analyser dernièrement un étamage qui ne contenait pas moins de 80 0/0 de plomb. La plupart des étameurs ambulants emploient des alliages de cette richesse.

On peut dire avec vérité que, pour ce qui est de l'empoisonnement lent résultant des étamages plombiques, la santé public n'est protégée que sur le papier.

Bien plus, les établissements publics eux-mêmes continuent à dédaigner les avertissements de la science. En même temps que le Ministre de l'agriculture et du commerce prescrit l'étamage à l'étain fin, l'usage des poteries d'étain, toutes composées d'alliage à 15 0/0 de plomb, est maintenu dans tous les hôpitaux comme par le passé, et leur fabrication sur la plus large échelle ne reçoit aucune entrave.

Où les circulaires ministérielles que je viens de rappeler sont inutiles et elles doivent être rapportées, ou leur exécution doit être assurée par des mesures efficaces.

S'il m'était permis d'émettre un avis sur cette grave question, je conseillerais d'instituer, dans les grands centres de population, un inspecteur spécial qui serait chargé de visiter les ateliers et de prélever un échantillon de métal d'étamage lorsqu'il trouverait le travail en cours d'exécution. Il prélèverait également des échantillons du métal employé par les étameurs ambulants. L'analyse de ces échantillons motiverait des procès-verbaux lorsque le métal ne serait pas de l'*étain pur*, sans aucune trace de plomb.

J'ajoute qu'il est très-facile de rencontrer dans le commerce de l'étain fin ne contenant pas un dix-millième de plomb, de nombreuses analyses exécutées par moi depuis quelques mois m'en ont donné l'entière certitude. On pourrait donc interdire d'une manière absolue l'usage du plomb en proportion quelconque, ce qui réduirait l'expertise à une analyse qualitative d'une exécution très-rapide et très-facile (1).

(1) Voici la manière d'y procéder :

Prenez : métal en rognures fines, 5 décigrammes ; introduisez-le dans un tube à essai avec acide azotique à 35° 4 ou 5 grammes et eau distillée 1 ou 2 grammes ; faites bouillir jusqu'à dispari-

Aussi n'hésiterai-je pas à proscrire l'usage des poteries d'étain dans les établissements publics jusqu'à ce que l'industrie ait trouvé quelque moyen de donner de la solidité à l'étain sans l'allier au plomb, métal vénéneux et facilement oxydable.

D'ailleurs, l'industrie céramique fournit aujourd'hui à très-bas prix des vases solides et d'une innocuité parfaite, et la poterie d'étain pourrait être facilement remplacée par des verreries et des porcelaines. — (*Journal de médecine de Bordeaux*, juillet 1865.)

### **Pansement des plaies avec la térébenthine.**

— Dans une pratique de cinq années, comme médecin du grand établissement industriel de MM. Dolfus, à Mulhouse, qui compte en moyenne de trois à quatre mille ouvriers, M. Werner a employé exclusivement pour pansement la solution suivante :

Térébenthine de Venise. 100 grammes.

Bicarbonate de soude. . 25 »

Eau distillée. . . . . 10 litres.

Faites digérer pendant cinq ou six jours au bain-marie, à une température ne dépassant pas 75°. Filtrez, etc.

C'est une espèce de savon à la térébenthine, plus soluble dans l'eau que la térébenthine prise isolément. Cette solution a l'avantage de s'évaporer lentement et est d'un prix minime.

J'ai commencé, dit l'auteur, par faire des essais comparatifs entre le pansement au cérat, glycérine, etc., et le pansement avec cette solution térébenthinée, et j'ai obtenu, ce dont tout le monde peut se convaincre, que, par ce

tion complète des parcelles métalliques : évaporez les 3/4 du liquide ; ajoutez 8 à 10 grammes d'eau distillée ; agitez, filtrez. S'il y avait dans le métal seulement un cinq-millième de plomb, 4 gouttes du liquide filtré, versées sur un verre de montre, donnent un abondant précipité jaune chatoyant, par l'addition d'un petit fragment d'iodure de potassium cristallisé. Ce précipité ne se dissout pas par l'ammoniaque, mais il blanchit.

Cet essai peut être exécuté en 5 ou 6 minutes,

moyen, il faut en moyenne aux plaies traumatiques, chirurgicales ou autres, un tiers de moins de temps pour se cicatriser. Chez quelques individus, elles guérissent avec une rapidité réellement étonnante. D'un autre côté, la plaie est toujours propre et de bel aspect, la quantité de pus est, sinon nulle, du moins presque insignifiante.

Ce dernier résultat me paraît avoir une grande importance, car là où il n'y a pas de pus, il est difficile qu'il s'en résorbe. Ainsi, quoique j'aie eu à traiter un grand nombre de plaies, avec des pertes de substances énormes, produites par arrachement, par brûlure, etc., et couvertes de larges portions sphacélées, je n'ai pas remarqué une seule fois l'ombre d'une infection purulente.

De plus, tout le monde sait que la térébenthine est un désinfectant puissant ; aussi, malgré la présence de la gangrène, il n'y avait jamais la moindre fétidité. On trempe tout simplement une compresse pliée en huit dans le liquide térébenthiné, on en couvre la plaie entièrement, et on enveloppe le tout d'un morceau de taffetas gonimé pour empêcher une dessiccation trop rapide. Toutes les quatre ou cinq heures, le malade lui-même ou une autre personne humecte de nouveau la compresse avec une éponge imbibée de liquide à pansement. La compresse reste ainsi en place pendant douze heures, au bout desquelles on lui en substitue une fraîche. — (*Répertoire de pharmacie.*)

**Formule d'emplâtre ou sparadrap révulsif au thapsia, par M. DESNOIX.**

|                        |       |
|------------------------|-------|
| Colophane.....         | 1,500 |
| Élémi .....            | 1,250 |
| Cire jaune.....        | 1,800 |
| Térébenthine.....      | 500   |
| Résine de thapsia..... | 350   |

Faites fondre les trois premières substances, ajoutez la térébenthine et la résine de thapsia, passez à travers un linge et étendez au sparadrap. Pour le différencier du sparadrap ordinaire, on peut le colorer diversement. — (*Revue de thérap. méd.-chir.*, août 1863.)

**De la pectoriloquie aphonétique.** — En cessant d'être, par les progrès de l'auscultation, le signe univoque des cavernes pulmonaires, comme du temps de Laënnec, la pectoriloquie a perdu de son importance diagnostique. Seule, elle ne suffit plus à caractériser un état pathologique défini ; il faut rechercher, par les signes concomitants, si elle est due à une dilatation bronchique, à une induration ou une compression pulmonaire autour d'une bronche dans laquelle ce phénomène a lieu par le résonnement de la voix.

D'après le mécanisme dont elle se produit dans ce cas, le professeur Bacelli, de Rome, a été conduit à découvrir un signe distinctif spécial de la pectoriloquie caverneuse et à restituer à ce symptôme la valeur pathognomonique que lui avait assignée l'auteur de l'auscultation en la distinguant de celle qui a lieu dans les bronches. Faites parler à voix basse le malade chez lequel la pectoriloquie se produit, et en appliquant l'oreille ou le stéthoscope sur le point où elle est entendue, vous entendrez très-distinctement les syllabes prononcées, s'il y a caverne ; dans le cas contraire, vous n'entendrez rien. C'est la *pectoriloquie aphonétique* observée sur plusieurs malades de la clinique médicale et dont les cavernes ont été vérifiées par l'autopsie.

La valeur de ce moyen de diagnostic différentiel a surtout été confirmée par le docteur Lattanzi chez un malade de la salle du *Saint-Esprit*, Guglielmo Lastrucci. Dans ce cas, on était dans le doute d'une caverne pulmonaire au sommet et en arrière du poumon droit ou d'une broncho-ectasie. L'audition des syllabes, la *sillabazione*, ayant été nettement transmise, on conclut à une caverne que l'autopsie confirma. (*Giornale med. di Roma*, p. 179.)

Il y a sans doute quelque analogie entre cette découverte du professeur romain et la *pectoriloquie avec aphonie* signalée, sinon décrite par Laënnec ; la *voix mystérieuse* de M. Fournet ; la *voix caverneuse éteinte*, de M. Roger ; le *chuchotement*, de Skoda, et surtout la *voix soufflée*, décrite l'année dernière par M. Woillez. Mais en en faisant un signe différentiel d'états très-divers, M. Bacelli en a surtout marqué, précisé l'application, et, sous ce rapport, c'est un

nouveau progrès pour l'auscultation et un moyen précieux de diagnostic différentiel, si l'interprétation qu'il lui donne est exacte; car nous ne l'avons pas vérifiée. — (*Union médicale*, août 1865.)

**Empoisonnement à la suite d'une injection hypodermique de sulfate neutre d'atropine**, par le docteur Jules DELAYE. — Le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux* renferme un cas d'empoisonnement produit par l'application, au moyen de la méthode endermique, du sulfate d'atropine; nous croyons devoir joindre à ce cas malheureux l'observation suivante qui, pour n'avoir pas présenté des conséquences aussi fâcheuses, n'en a pas moins offert des symptômes qui nous paraissent devoir rendre très-réservé dans l'application de moyens thérapeutiques d'une si grande puissance, alors surtout que l'on n'en connaît pas toujours l'énergie.

M<sup>me</sup> X..., âgée de cinquante-huit ans, hystérique depuis son enfance, a reçu des soins de plusieurs médecins pour des douleurs névralgiques, à forme erratique, qui la tourmentaient depuis un certain nombre d'années.

Depuis quelques mois, ces douleurs étaient localisées au côté droit, sans qu'il fût possible de bien préciser le point d'émergence; toutefois, la douleur se faisait sentir principalement au-dessous de l'omoplate, d'où elle s'irradiait sur l'épaule, au cou et à la partie antérieure de la poitrine, jusqu'au niveau du mamelon.

Différents moyens furent tentés inutilement pour débarrasser cette malade des douleurs, agissant tantôt à la façon d'une brûlure, tantôt comme des pointes d'aiguilles, qui la fatiguaient beaucoup et la privaient de sommeil. Frictions excitantes et calmantes, vésicatoires volants, morphine, etc.; agents anti-névralgiques à l'intérieur, tout l'arsenal emprunté à la thérapeutique a été employé en vain.

Le vendredi 5 juin, injection au sulfate neutre d'atropine. Cette petite opération fut pratiquée avec toute la prudence exigée par l'emploi d'un pareil moyen. Tenant compte de l'excessive impressionnabilité de la malade, qui ne pouvait

pas supporter les préparations d'opium, ainsi que la belladone, sans éprouver des accidents vertigineux, je me contentai de faire six demi-tours du piston de la seringue de Pravaz, avec une solution au centième, c'est-à-dire :

Sulfate neutre d'atropine. 0,05 centigrammes.

Eau distillée..... 5 grammes.

La quantité injectée, en tenant compte des quelques gouttes qui restent dans la canule, n'a été que de 4 milligrammes environ.

L'injection fut bien supportée. Un quart-d'heure après, on vient me chercher en toute hâte ; la malade était en proie à des accidents formidables.

Voici ce qui s'était passé aussitôt après mon départ :

La malade avait voulu se lever de son fauteuil. Prise immédiatement d'un tournement de tête, elle tombe, crie, appelle au secours et ne peut plus parler. Elle ne voit plus, n'entend plus ; elle est saisie d'un délire général et d'hallucinations bizarres. Au moment où nous la vîmes, la parole est revenue ; elle est en proie encore au délire ; elle rappelle les actions de sa vie les plus éloignées et les plus scabreuses. Il existe une surexcitation considérable, des mouvements cloniques des membres ; les yeux, convulsés en haut, présentent une dilatation de la pupille considérable. La malade pousse des cris à peine articulés ; elle se plaint que sa gorge est resserrée : il y a un crachottement continu semblable à celui des hydrophobes.

La respiration est entrecoupée, supérieure, bruyante ; elle s'arrête tout d'un coup de façon à faire croire à la brusque cessation des mouvements du poumon. Le pouls est convulsif, la peau sèche et froide, le visage hagard ; la malade est dans un état véritablement effrayant.

Elle reste dans cet état pendant trois heures environ, pendant lesquelles il est impossible de songer à lui faire prendre aucun médicament. Des sinapismes sont appliqués aux extrémités ; des frictions sèches sur le corps. La malade est maintenue dans son lit, où l'on cherche à la réchauffer.

Peu à peu le calme se fait ; M<sup>me</sup> X... entend lorsqu'on lui



parle et répond par signes ; on peut mieux l'examiner. La langue est sèche ; il y a aridité de la gorge, procidence de la luette, qui vient reposer sur l'ouverture du larynx et détermine ces mouvements convulsifs qui rendent l'état de la malade si pénible.

On fait prendre alors du café à haute dose, chaque quart-d'heure une tasse ; potion avec :

|                               |              |
|-------------------------------|--------------|
| Eau gommeuse.....             | 120 grammes. |
| Laudanum.....                 | 15 gouttes.  |
| Iodure de potassium.....      | 4 grammes.   |
| Sirop d'écorces d'oranges.... | 90 »         |

Lavement purgatif ; continuer les sinapismes.

Les accidents cessent peu à peu ; la chaleur revient, il se déclare une sueur abondante et des selles copieuses ; la malade reste dix-huit heures sans éprouver le besoin d'uriner. Il y a eu absence totale de sécrétion urinaire pendant ce temps.

Le lendemain matin, 6, tout danger a disparu ; la respiration toutefois est encore stertoreuse ; la luette n'est pas rentrée dans ses limites normales. La mydriase persiste ; il y a de la fièvre, les sueurs continuent, la malade a beaucoup uriné pendant la nuit.

Le café est supprimé. M<sup>me</sup> X... ne veut plus prendre la potion, à cause de la saveur désagréable du laudanum. J'ordonne des paquets de morphine, un bain, des lavements.

Au milieu de ces accidents, la douleur a disparu. A partir de ce moment, la malade va de mieux en mieux, et M<sup>me</sup> X..., qui ne connaît pas tout le danger qu'elle a couru, se félicite d'avoir acheté par une souffrance de quelques instants le repos qu'elle goûte maintenant.

Cinq jours après, c'est-à-dire le 11, la névralgie reparait plus intense qu'auparavant, et notre pauvre malade rentre dans son état ordinaire, qui n'est guère modifié par les agents thérapeutiques les plus variés.

Je n'ai pas envie de recourir de nouveau à l'injection hypodermique.

Le fait que je viens de citer ne prouve rien contre la méthode de traitement en elle-même, le sujet étant peut-être mal choisi ; il y aura toujours à étudier l'idiosyncrasie des

individus avant de les soumettre à un agent si énergique. On s'est peut-être trop engoué d'un moyen qui guérit quelquefois. Aussi n'a-t-on pas suffisamment tenu compte des accidents d'atropisme qui s'étaient produits. Je n'ai vu nulle part notés des accidents pareils à ceux dont j'ai été témoin. (*Journal de médecine de Toulouse*, juillet 1863.)

### Etudes sur les accidents causés par la foudre, par le docteur BOUDIN.

#### *Résumé et conclusions de la première partie.*

1° Pendant la période de vingt-neuf ans, de 1835 à 1863, le nombre des décès par fulguration a été de 2,324 pour les quatre-vingt-neuf départements de la France (1).

2° En n'évaluant les blessés par la foudre qu'au triple du chiffre des personnes tuées *raides*, on trouve, pour la période de 1835 à 1863, un total de 9,296 victimes, soit en moyenne de 320,5 par an.

3° De 1854 à 1863, on n'a compté en France, sur 880 victimes de la foudre, que 243 personnes du sexe féminin, soit 27,6 sur 100; en Angleterre, cette proportion n'est même que de 21,6 sur 100.

3° En tombant sur des groupes de personnes des deux sexes, la foudre frappe souvent avec une certaine préférence les individus du sexe masculin, en épargnant plus ou moins les personnes du sexe féminin.

5° Souvent la foudre détruit des troupeaux considérables, bêtes à cornes, porcs ou moutons, sans atteindre les conducteurs ou bergers, quoique placés au milieu des animaux.

6° Il existe plusieurs exemples de *hêtres* foudroyés; c'est

(1) Afin de mettre les trois nouveaux départements en rapport parfait avec les anciens, on a dû augmenter le chiffre de leurs décès pendant les trois dernières années, d'un nombre proportionnel, pour la période complète de vingt-neuf ans, qui porte le total général de 2,324, ce qui explique le désaccord apparent entre ce total et celui de 2,238 donné plus haut.

donc à tort que Maxwell proclamait, au XVIII<sup>e</sup> siècle, l'immunité de cet arbre, et que l'on a reproduit cette erreur au dernier congrès scientifique de Manchester.

7<sup>o</sup> Quelques personnes ont été frappées par la foudre plusieurs fois dans le cours de leur vie : l'une d'elles a été blessée au pied gauche deux fois dans une période de quinze ans; une autre a été visitée *trois fois* par la foudre *dans trois logements différents*.

8<sup>o</sup> Dans une période de plusieurs années, le maximum des accidents de foudre, en France et en Angleterre, s'est présenté dans les mois de juillet et d'août; aucun décès par fulguration n'a été constaté dans les mois de novembre, décembre, janvier et février.

9<sup>o</sup> Sur 53 décès par fulguration dont l'heure a été notée, 46 ont eu lieu de 9 heures du matin à 9 heures du soir, 7 seulement de 9 heures du soir à 9 heures du matin; c'est-à-dire que, dans les deux périodes, la différence numérique a été de 7 à 1.

10<sup>o</sup> Pendant la période de 1835 à 1863, la plus forte proportion des décès a été observée dans les départements suivants :

Lozère, Haute-Loire, Basses-Alpes, Hautes-Alpes, Haute-Savoie.

Les départements les plus épargnés ont été :

Manche, Orne, Eure, Seine, Calvados.

11<sup>o</sup> La proportion des victimes a été trente-trois fois plus élevée dans la Lozère que dans la Manche.

12<sup>o</sup> En 1833, sur 34 personnes tuées par la foudre à la campagne, 15, ou près de la moitié, ont succombé *sous des arbres*; de 1841 à 1854, sur 107 personnes foudroyées, 21 ont été signalées comme ayant été frappées sous des arbres.

#### *Résumé et conclusions de la seconde partie.*

Il résulte de l'ensemble des faits exposés dans la seconde partie de ce mémoire :

1<sup>o</sup> Qu'indépendamment de l'action normale de la foudre, l'homme peut être foudroyé par le sol ainsi que par des mé-

taux fortement électrisés, et notamment par les fils télégraphiques, sans éclair ni tonnerre, et même sans que la foudre soit tombée sur le sol ou sur les corps métalliques à une distance plus ou moins considérable du lieu où se produit l'accident.

2° Que l'homme peut subir tous les degrés de la fulguration, par le contact d'un homme mort ou vivant et *récemment* foudroyé.

3° Que l'on doit éviter avec soin de toucher les fils électriques pendant ou peu de temps après l'orage.

4° Que les personnes appelées à se mettre en contact avec des individus *récemment* foudroyés doivent préalablement s'assurer de l'état électrique de ces derniers.

5° Qu'il est permis d'attribuer la persistance souvent très-prolongée de certains accidents nerveux chez les personnes foudroyées à une accumulation de fluide électrique, et que l'on peut espérer diminuer la durée de ces accidents en mettant les victimes de la foudre en contact avec des corps conducteurs de l'électricité, et notamment en les plaçant dans un bain d'eau saturée de sel marin (1). — (*Recueil de mémoires de médecine, de chirurgie et de pharmacie milit.*, juillet 1865.)

## BULLETIN

### I. ACADEMIE DES SCIENCES.

*Action physiologique de l'acide carbonique. — Nouvelles recherches expérimentales sur le véritable mécanisme de la déglutition. — De l'influence de l'eau dans la production du lait. — Six nouvelles opérations d'ovariotomie.*

*Séances du 17 juillet au 14 août 1865. — Note sur l'action physiologique de l'acide carbonique, par M. Demarquay. — Nous avons fait de nombreuses expériences sur les animaux, sur nous-*

(1) On lit dans l'Instruction de l'Académie des sciences de 1823, sur les paratonnerres, et dont l'auteur était Gay-Lussac :

même, ainsi que sur plusieurs de nos élèves, en vue d'étudier les phénomènes physiologiques produits par l'acide carbonique, pour déterminer plus spécialement quelle quantité de ce gaz peut renfermer une atmosphère artificielle sans être irrespirable et encore moins toxique. et enfin examiner le degré d'anesthésie qu'on peut obtenir à l'aide de ce moyen.

Voici les conclusions où nous avons été conduit :

1° L'acide carbonique exerce sur la surface du corps une action excitante d'autant plus marquée que la peau est plus fine et douée de plus de sensibilité. Les régions péniennne et péri-néale sont plus spécialement le siège de cette action.

2° L'analgésie de la peau, *quand on l'obtient*, ne se produit que sous l'influence d'un jet continu de gaz sur une partie très-limitée du corps.

3° L'action sur les organes des sens participe de l'influence générale exercée sur le tégument externe ; par conséquent, excitation vive, exaltation sensorielle ou perturbation nerveuse, tous phénomènes ordinairement assez fugaces.

4° Sur les voies digestives, action stimulante qui entraîne avec elle une légère excitation névro-vasculaire.

5° Injecté dans les veines, il est absorbé en grande quantité et éliminé rapidement, si l'opération est conduite avec les précautions convenables ; ou bien il agit mécaniquement en produisant une distension considérable des cavités cardiaques, et par suite la mort.

6° Introduit dans l'organisme par les voies respiratoires, l'acide carbonique ne produit pas les accidents toxiques qu'on lui a si souvent attribués. En effet, d'abord à la dose de  $\frac{1}{5}$ , ou même  $\frac{1}{4}$ , pour  $\frac{4}{5}$  ou  $\frac{3}{4}$  d'air atmosphérique ou d'oxygène, les mammifères peuvent le respirer longtemps sans paraître sérieusement incommodés ; chez l'homme, il ne survient quelques troubles, assez légers du reste, qu'au bout d'un temps variable suivant le degré de susceptibilité des individus, mais généralement assez long pour qu'un effet thérapeutique ait la latitude de se produire, si l'emploi du gaz est indiqué ; ensuite les lésions après la mort dans ce gaz, tant chez l'homme que chez les animaux. ne ressemblent pas à celles que cause un agent toxique avec lequel il a été souvent confondu, l'oxyde de carbone.

« Un cylindre de fer conduit dans le même temps au moins cent millions de fois plus de matière électrique qu'un égal cylindre d'eau pure, et celle-ci environ mille fois moins que l'eau saturée de sel marin. »

7° La plupart des accidents produits par la vapeur de charbon, l'air confiné, la vapeur des cuves en fermentation, mis à tort sur le compte de l'acide carbonique, doivent en grande partie être imputés, soit à l'oxyde de carbone, à l'hydrogène sulfuré, aux vapeurs alcooliques, ou bien à d'autres gaz mal connus qui prennent naissance dans ces cas.

8° L'acide carbonique est simplement irrespirable. Il ne l'est pas à la manière de l'azote ou de l'hydrogène, sans être pour cela plus nuisible que ces deux gaz. La respiration consistant essentiellement en un échange de gaz entre le sang et l'air, et cet échange ne pouvant se faire, comme le prouvent les lois physiques, qu'entre des gaz de nature différente, il est parfaitement évident que l'acide carbonique respiré pur met un obstacle matériel à la fonction pulmonaire et, par suite, détermine l'asphyxie.

9° Les phénomènes très-réels d'anesthésie, obtenus à l'aide de ce gaz chez plusieurs espèces d'animaux, ne nous paraissent pas pouvoir être provoqués chez l'homme sans danger d'asphyxie, d'après ce que nous venons d'établir et aussi d'après le résultat de nos expériences sur nous-même. Nous croyons donc que ce serait commettre une grave imprudence que de vouloir, sur la foi d'une théorie d'ailleurs discutable, essayer de produire l'anesthésie chirurgicale chez l'homme à l'aide de ce gaz. Nous ferons remarquer, d'ailleurs, qu'en supposant que l'anesthésie ainsi produite fût assez complète, elle serait trop fugace pour être utilisée dans la pratique des opérations.

— *Nouvelles recherches expérimentales sur le véritable mécanisme de la déglutition*, par M. Guinier. — L'auteur a tiré de ses recherches les conclusions suivantes :

Dans le mouvement de la déglutition normale, l'épiglotte se renverse sur l'ouverture vestibulaire du larynx, par suite de l'action musculaire seule, et ce renversement est indépendant de la présence ou de l'absence du bol alimentaire solide ou liquide.

Dans l'acte de la déglutition normale, le bol alimentaire traversé avec une grande rapidité la région épiglottique et laryngée, par suite de l'aspiration qu'exerce sur lui l'œsophage, entr'ouvert dans le vide par le mouvement ascensionnel du larynx et agissant à la manière d'une ventouse.

— *De l'influence de l'eau dans la production du lait*, par M. Dancel.

C'est comme médecin observateur des phénomènes physiolo-

giques que je prends la liberté de faire part à l'Académie de plusieurs faits qui tendent à prouver que l'eau concourt d'une manière directe et pour beaucoup à la formation du lait.

J'ai vu que quand les femmes viennent à allaiter, elles ne changent presque rien à la quantité des aliments solides qu'elles prennent habituellement, mais qu'elles boivent bien davantage. Beaucoup de médecins accoucheurs ont fait la même observation.

Quand une vache est pleine, qu'elle donne peu ou pas de lait, elle se contente pour boisson de 12 à 20 litres d'eau par jour et même de moins; mais aussitôt après la délivrance, elle en demandera 30, 40 et 50 litres, et la quantité de lait qu'elle donnera sera toujours en proportion de l'eau qu'elle aura bue, sans rien changer à son alimentation solide.

Parmi les vaches laitières qui paissent dans les pâturages, ce sont celles qui vont le plus à l'abreuvoir qui donnent le plus de lait. Quand on les retire de ces pâturages pour les nourrir à l'étable avec des fourrages secs, elles donnent un quart et très-souvent un tiers de lait de moins, parce que dans le fourrage sec elles ne trouvent pas l'eau qui est dans l'herbe verte des champs.

C'est chez les femmes maigres qui viennent d'accoucher que l'on observe bien les rapports directs qu'il y a entre l'eau et la production du lait. Aussitôt qu'une femme maigre récemment accouchée donne le sein à son enfant et que le lait vient à couler, elle est très-souvent prise d'un besoin impérieux de boire qu'elle demande à satisfaire de suite. Ce besoin s'observe plus rarement chez les femmes grosses, parce que chez elles l'organisme est pénétré de lymphe, d'eau qui est là, pour ainsi dire, en réserve pour les différents besoins du corps.

L'eau concourt donc directement et dans une grande proportion à la production du lait. Ce principe n'est pas admis dans la science, mais dans les diverses expériences qui ont été faites pour connaître la vertu lactigène d'une substance, il n'a jamais été tenu compte de la quantité d'eau prise par les sujets soumis aux expériences. Je pense que c'est à tort et qu'il peut en résulter des erreurs.

Il y a un certain nombre d'années, on fit à Toulouse des expériences pour savoir si les tourteaux de graine de sésame pourraient être donnés avantageusement comme nourriture aux vaches. Ces essais ne furent pas satisfaisants. Deux membres de cette Académie reprirent plus tard des expériences et firent manger de ces tourteaux à des brebis donnant du lait. Ces ani-

maux, sous l'influence de ce régime, firent comme les vaches de Toulouse; ils donnèrent plutôt moins de lait qu'auparavant. Alors ces honorables expérimentateurs s'adressèrent à M. Damoiseau, nourrisseur à Paris, et lui demandèrent de nourrir ses vaches de tourteaux de graine de sésame et de constater l'effet qui en résulterait sur la quantité de lait; ici l'expérience fut favorable. Chaque vache donna en plus par jour 2 litres de lait; mais ce qu'on n'avait pas fait à Toulouse pour les brebis, M. Damoiseau le fit pour ses vaches mises en expériences. Il mélangea les tourteaux avec une très-grande quantité d'eau, environ 27 litres de ce liquide pour 6 kilogrammes de tourteaux, et cette grande abondance de liquide a été la cause de la plus grande abondance de lait obtenue.

De ce qui précède et de beaucoup d'autres faits qu'il serait trop long d'énumérer ici, je crois donc que l'on peut admettre que l'eau entre directement pour une grande proportion dans la production du lait.

— *Six nouvelles opérations d'ovariotomie*, par M. E. Kœberlé. — Depuis le mois de mai 1864 jusqu'au mois de juin 1865, M. Kœberlé a pratiqué six nouvelles opérations, dont quatre ont été suivies de succès. Des quatre malades qui ont guéri, trois ont présenté des complications très-graves, et deux d'entre elles ont subi l'extirpation des deux ovaires. Les deux qui ont succombé sont mortes, l'une de septicémie, par suite d'une ligature perdue de l'un des deux ovaires qui ont dû être enlevés simultanément; l'autre était affectée d'un kyste multiloculaire du poids de quarante kilogrammes, compliqué d'un œdème très-considérable des parois abdominales qui a été la cause occasionnelle de sa mort.

Le nombre des opérations d'ovariotomie pratiquées par M. Kœberlé s'élève aujourd'hui à 18. Les 12 premières avaient fourni 9 guérisons et 3 morts. Sur 18 opérations, il y a donc eu 13 guérisons et cinq morts.



## II. ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*Electricité des eaux minérales. — Viabilité des nouveau-nés.*

— *Réssection de l'omoplate. — Fièvre typhoïde et état typhoïde.*

— *Elections.*

*Electricité des eaux minérales.* — M. le docteur Scoutetten communique à l'Académie le résultat des observations qu'il a faites sur l'électricité des eaux du Mont-Dore en présence des médecins de cet établissement. Ces observations ont été faites au moyen du galvanomètre de Nobili, et elles ont conduit aux résultats suivants :

1° L'eau commune froide, c'est-à-dire à la température ambiante, et la même eau chauffée à différents degrés, exercent sur le galvanomètre une action presque nulle ou très-inférieure à celle qu'exerce sur le même appareil l'eau minérale chauffée ou la même eau simplement portée à la température ambiante.

2° Il n'existe pas d'électricité à l'état libre ou statique dans l'eau minérale.

3° L'action que l'eau minérale exerce sur le galvanomètre est d'autant plus grande que cette eau est plus chaude ; mais le résultat est le même, quelle que soit l'origine de la chaleur, que l'eau minérale ait été réchauffée par la chaleur naturelle à la source ou à la chaleur artificielle.

4° L'eau mélangée avec le lait ou le sirop marque moins au galvanomètre que l'eau minérale seule. Le mélange avec le sirop marque moins que le mélange avec le lait. (*Séance du 18 juillet 1865.*)

*Viabilité des nouveau-nés.* — M. Devergie lit un rapport sur un travail de M. le professeur Bardinet, de Limoges, relatif à des faits de viabilité prolongée en dehors des conditions nécessaires à la vie.

Dans le premier cas rapporté par M. Bardinet, un enfant nouveau-né avait été enterré sur le côté et entouré d'un linceul, couché sous 25 centimètres de terre. Déterré 15 heures après, il a pu être ramené à la vie par des soins intelligents. Dans le second cas, il s'agit d'un enfant qui a vécu cinq heures dans des conditions analogues. M. Bardinet croit que la vie, en l'absence

d'air, est due à une sorte d'état du fœtus analogue à la vie fœtale.

M. le rapporteur rapproche des faits précédents plusieurs exemples dus à M. Marschka, de Prague, prouvant que des enfants nouveau-nés considérés comme morts ont pu vivre d'une vie rudimentaire pendant longtemps, et il pense que l'on peut attribuer les phénomènes singuliers qui ont été observés à la permanence de la circulation fœtale ou à une sorte de respiration insensible capable d'entretenir une vie ébauchée.

Au point de vue de la pratique médicale, le travail de M. Bardinet prouve, dit M. Devergie, qu'il ne faut abandonner un nouveau-né qui n'a pas les apparences de la vie qu'après s'être assuré de la mort par les manifestations des caractères certains de la cessation de la vie. (*Séances du 25 juillet et du 1<sup>er</sup> août 1865.*)

*Résection de l'omoplate.* — M. Michon, au nom d'une commission composée de MM. Velpeau et Michon, lit un rapport sur un travail de M. Michaux, de Louvain, ayant trait à la résection de l'omoplate en conservant le reste du membre supérieur.

Le procédé opératoire de M. Michaux consiste à tailler un lambeau en V qui a la forme du scapulum, à disséquer les angles inférieur et supérieur de l'omoplate et son bord spinal, à désarticuler l'omoplate et à dégager l'apophyse coracoïde; on opère ensuite la ligature des vaisseaux, on place une mèche dans l'axe de la plaie, et on fixe le bras au tronc par le bandage de Velpeau pour les fractures de la clavicule.

M. Michaux, après avoir rapporté les faits de résections de l'omoplate pratiquées à l'étranger, donne l'histoire de quatre nouvelles observations; dans trois de ces cas, le mal a récidivé; dans celui dont le résultat a été favorable, il s'agit seulement d'une résection de la cavité glénoïde.

M. le rapporteur, tout en louant le travail de M. Michaux, déclare qu'il cherche plus à justifier ces opérations téméraires qu'à en faire l'apologie. Il distingue ces résections pratiquées à la suite de lésions traumatiques, où le chirurgien ne fait guère que panser hardiment la plaie en supprimant les tissus que la lésion a fait corps étrangers, et ces mêmes opérations pratiquées pour des lésions organiques, et dans lesquelles le chirurgien veut couper la route à un mal qui a déjà franchi les limites de l'art. (*Séance du 8 août 1865.*)

*Etat typhoïde et fièvre typhoïde.* — M. Guérard formule les propositions suivantes qui forment le résumé de son travail :

1° Les symptômes qualifiés de graves, malins, ataxiques, adynamiques, putrides, typhoïdes, etc., appartiennent à une maladie spéciale dont la marche et le développement peuvent, comme cela a lieu pour les fièvres paludéennes, être enrayés par l'emploi du sulfate de quinine.

2° Cette maladie peut exister seule, indépendamment de toute localisation ; elle peut, au contraire, donner lieu à des congestions viscérales ; le plus ordinairement le poumon, le foie, le cerveau, la rate sont le siège de ces congestions.

3° Cette maladie apparaît souvent dans le cours d'autres affections aiguës ou chroniques, dont elle modifie la marche, change la physionomie et augmente la gravité.

4° Dans ce dernier cas, le sulfate de quinine, convenablement administré, neutralise les effets de cette complication, en enraye les progrès et amène l'autre maladie à son premier état de simplicité.

5° Quand cette maladie est à son plus haut degré d'intensité, elle peut, étant abandonnée à elle-même, amener la mort avant de s'être localisée et ne laisser d'autres traces de son passage que la liquéfaction du sang et des congestions passives dans les principaux viscères ; mais quand les localisations viscérales ont eu le temps de se produire, elles arrivent très-rapidement à la suppuration.

6° L'administration tardive du sel fébrifuge peut amener une amélioration apparente et de courte durée, mais les accidents ne tardent pas à reparaître et amènent bientôt la mort.

7° Dans les cas légers de l'affection, la guérison peut avoir lieu sans qu'on ait recours au sulfate de quinine. Dans ces cas, les évacuants, qui sont d'ailleurs indiqués par le trouble des fonctions digestives, concourent puissamment au rétablissement de la santé.

8° La maladie dont nous nous occupons se rapproche de la fièvre rémittente simple dans les cas bénins, et de la fièvre intermittente pernicieuse dans les cas graves ; elle peut avoir son origine dans l'introduction au sein de l'économie d'une sorte de ferment, miasme, émanation putride dont les foyers sont multiples autour de l'homme. (*Séance du 8 août 1865.*)

Dans sa séance du 1<sup>er</sup> août 1865, l'Académie a nommé membre correspondant M. Fonssagrives. La Commission avait présenté les candidats dans l'ordre suivant : 1° M. Fonssagrives ; 2° M. Tholozan ; 3° M. Thore.

## BIBLIOGRAPHIE.

De l'urine et des dépôts urinaux, par Golding Bird.  
Remarques sur les diurétiques.

(Suite et fin.)

---

Golding Bird insiste sur la *dépuration rénale*. Les reins agissent non seulement comme filtre, en soustrayant du sang une quantité d'eau plus ou moins considérable, mais encore comme *dépurants rénaux*, ils concourent à l'entretien de la vie en enlevant de la circulation un *résidu*, ou substance qui, retenue, serait non-seulement nuisible, mais toxique. Cette action dépurative des reins se manifeste avec évidence dans les cas où les fonctions du foie sont troublées, alors le rein supplée en partie à l'insuffisance fonctionnelle du foie (1). L'urine, en outre, peut contenir en solution un très-grand nombre de corps dont la rétention dans le sang serait nuisible : l'acide benzoïque, l'hydrure de salicyle et le sulfure de potasse, ingérés dans l'estomac, se retrouvent respectivement dans l'urine, sous forme d'acide hippurique, d'acide salicylique et de sulfate de potasse.

La *crise par l'urine*, terme véritablement aussi vieux que le père de la médecine lui-même, fut toujours considérée comme une indication de dépuración du sang, par le rejet d'un « *deleterium quid*, » lequel, systématiquement, agissait comme ferment et comme cause excitante dans les maladies.

Des expériences très-précises, faites par Golding Bird,

(1) FRERICHs, *Traité pratique des maladies du foie*. Paris, 1862, traduit par Duménil et Pellagot, insiste également sur la nécessité d'administrer les diurétiques dans les maladies du foie avec insuffisance d'excrétion biliaire, diminution ou suppression de la fonction du foie.

établissent mathématiquement la vérité de la dépuration rénale dans les maladies zymotiques ; c'est ainsi que l'on trouve que, dans des cas de fièvre intermittente, *avec l'amélioration de la santé du malade, se manifeste une augmentation correspondante dans la somme des solides excrétés par les reins dans les 24 heures.*

Chez un de ces fiévreux, Golding Bird constate que les reins excrètent seulement 22 grammes, 52 de matières solides dans l'espace de 24 heures ; aussi la maladie était stationnaire et ne montrait aucune tendance à l'amélioration ; la bile existait en même temps dans l'urine. Le 30, la quantité des solides des urines évacuées dans les 24 heures, s'élève à 67 gr. 45 ; pas d'accès fébrile, état général satisfaisant. Le 31, la quantité tombe soudainement à 47 gr. 55, et pendant les 24 heures qui suivent, le paroxysme fébrile, absent depuis plusieurs jours, se montre de nouveau. Les jours d'après, le 2 juin, l'urine devient d'abord alcaline et contient moins que la moitié de la quantité des solides qui existaient quatre jours auparavant ; aussi y eut-il encore une attaque plus grave le jour suivant. A partir du 4 juin, les reins agissent davantage, et une attaque bien moins grave apparaît le 7, époque à laquelle les solides de l'urine retombent encore au minimum ; après cette date ils reprirent leur fonction, l'excrétion fut de nouveau abondante et la fièvre intermittente disparut enfin.

La principale influence du miasme paludéen s'exerce, suivant toutes probabilités, essentiellement et primitivement sur le système nerveux, spécialement sur les nerfs organiques ou ganglionnaires qui président aux fonctions si importantes des sécrétions.

Aussi, toutes les sécrétions élaborées dans notre économie se trouvent-elles affectées ; ainsi, on remarque une tendance à la congestion dans le système portal, destiné plus particulièrement à la dépuration des matières riches en carbone. On ne peut douter, fait observer Golding Bird, que des sécrétions anormales ainsi produites ne deviennent des agents actifs, propageant dans l'économie l'impression morbide. D'où, nécessité d'une dépuration du sang, qui doit débarrasser le système de l'influence dépressive de

sécrétions viciées et soustraire la vitalité au poison avec lequel elle bataille depuis un certain temps. Par un appel modéré sur les fonctions du foie, au moyen des cholagogues, notamment le calomel, le patient se trouve soulagé ; l'aspect extérieur devient moins jaune, ce qui prouve que le foie agit plus librement pour extraire le carbone du sang. On sait la pratique de la plupart des médecins belges, qui ont à traiter des fièvres intermittentes ; lorsqu'il n'y a pas de péril dans la demeure, ils commencent le traitement par un vomitif ou un vrai purgatif, et il est des fièvres intermittentes qui cèdent après l'administration d'une potion purgative. Nous en avons vu des cas.

Mais, dit Golding Bird, ce n'est pas seulement dans la fièvre intermittente que l'on observe l'augmentation *critique* remarquable des solides excrétés par l'urine ; la même chose, s'il est possible, est encore plus marquée dans certains cas d'autres affections morbides, spécialement dans le rhumatisme aigu. Dans tous les cas de cette affection, déclare cet auteur, dans lesquels l'urine fut recueillie avec soin, et la quantité des solides calculée, nous avons trouvé que, toutes les fois que la position du patient s'améliorait, la quantité des *excreta* solides de l'urine augmentait considérablement et constamment ; toute rechute, au contraire, était accompagnée d'une diminution remarquable.

Cela étant, il est tout naturel de chercher à hâter la guérison des malades en activant la dépuration du sang. Or, les diurétiques peuvent être rangés en deux classes : d'aucuns agissent seulement en augmentant presque exclusivement l'eau séparée par les reins ; d'autres augmentent la sécrétion des solides extraits du sang ; ce sont les *dépurgatifs rénaux*. Ainsi deux classes de diurétiques doivent être admises : les diurétiques habituels ou *hydragogues rénaux*, très-utiles lorsqu'il s'agit de débarrasser l'économie d'une accumulation anormale de liquide, et les *dépurgants rénaux*, agents trop peu employés, auxquels Golding Bird accorde une grande valeur dans le traitement des maladies.

Cet auteur établit, à ce sujet, la loi suivante : *lorsque les médicaments n'exercent aucune action chimique sur la ma-*

*tière organique, au dehors du corps, ils semblent être incapables d'augmenter la quantité des solides excrétés par l'urine, et, en conséquence, agissent en augmentant seulement l'élimination de l'eau ; ils agissent comme hydragogues rénaux, mais non pas comme dépurants rénaux.*

Cette dernière classe renferme les alcalis, leurs carbonates et leurs sels, avec certains acides qui peuvent être convertis dans l'organisme en acide carbonique, tels que les acétate, tartrate, citrate de soude et de potasse, etc. Ces substances agissent toutes d'une façon identique en stimulant activement les fonctions excrétales des reins, et en augmentant généralement le volume de l'urine ; ils font encore plus, dit Golding Bird, ils activent effectivement la métamorphose des tissus, suivant toutes probabilités, par une action chimique directe sur les éléments épuisés des structures vieillies, ou autres matières usées dans le laboratoire capillaire de notre économie. Chacun sait que les alcalis et leurs carbonates dissolvent facilement l'albumine, hors du corps, et la dissocient même en produits secondaires variés.

« C'est ainsi, — écrit Golding Bird, — que l'albumine, traitée par un alcali, produit : la *leucine*, la *protide*, l'*érythroprotide*, corps proches de la gélatine ; l'acide formique et autres composés sont affectés d'une façon semblable ; la caséine est dissociée en *tyrosine*, *leucine*, acide valérianique et autres éléments. Il est extrêmement probable que certains changements analogues se produisent au sein de l'économie même, et nous devons presque nous attendre à trouver les diurétiques chimiques susceptibles de produire de très-importants changements presque analogues. Nous avons pu constater bien des fois la vérité de ces assertions.

« Le docteur Parkes, de son côté, mentionne spécialement l'action de la liqueur de potasse. Lorsqu'on l'administre tandis que l'estomac contient des aliments, elle agit simplement comme anti-acide ; mais lorsqu'on l'ingère, l'estomac étant vide, elle passe dans le sang, facilite la décomposition des composés protéiques, met en liberté le soufre, lequel se combine avec l'oxygène d'abord, puis avec

la potasse, et enfin est éliminé par les reins, sous forme de sulfate de potasse.

« Nous donnerons l'exemple suivant comme type pour les autres : Une jeune dame, en même temps que d'autres accidents, présentait un état tel du méat urinaire, qu'elle ne pouvait uriner sans le secours de la sonde. Ceci nous permit d'observer avec exactitude la quantité d'urine sécrétée en vingt-quatre heures. Cette urine, hors l'influence de tout médicament, fut rassemblée et examinée ; on fit de même après avoir donné, dans le cours de vingt-quatre heures, 12 grammes d'acétate de potasse. Les résultats de l'examen sont consignés dans les tables suivantes :

|                                | Sans médicament. | Après l'administration<br>de 12 grammes d'acétate<br>de potasse. |
|--------------------------------|------------------|--|
| Quantité d'urines en 24 heures | 500 gr.          | 1,426 gr.  |
| Densité de .....               | 1,017            | 1,025  |
| Solides contenus.....          | 24               | 46   |

L'analyse des solides donna :

|   |                  |                  |
|---|------------------|------------------|
| Acide urique.....                                     | 0,166            | 0,224            |
| Urée .....  | 8,352            | 12,983           |
| Sels solubles.....                                    | 4,688            | 15,897           |
| Sels insolubles. ....                                 | 1,362            | 2,664            |
| Matières organiques non dé-<br>nommées ci-dessus..... | 8,432            | 14,232           |
|   | <hr/> 24,000 gr. | <hr/> 46,000 gr. |

Dans l'exemple que nous rapportons, non-seulement la malade perdit un excès de 926 grammes d'eau dans les vingt-quatre heures, mais elle se *dépura* en rejetant sous l'influence du médicament, 12 grammes de plus de matières solides extraites du sang ; ou en d'autres termes, le sang en contact avec le sel alcalin se trouva dépouillé ou dépuré d'éléments qu'il eût conservés sans cette influence.

Golding Bird fait remarquer que la puissance vitale est toujours agissante pour s'opposer aux changements chimiques auxquels les structures vivantes sont prédestinées, et que cette résistance augmente en raison des propriétés



vitales, ou en d'autres termes, que les éléments de nos tissus résistent aux influences chimiques en raison de leur vitalité. L'auteur part de ces idées pour recommander les diurétiques alcalins dans diverses affections pour lesquelles on ne les emploie pas communément. Voici comment il s'exprime :

« Il s'en suivrait que les constituants dont l'économie doit se débarrasser, dans l'état normal, seraient justement ceux qui présenteraient le moins de vitalité ; ce sont eux qui cèdent le plus aisément à l'influence des diurétiques alcalins ou dépurants rénaux. Comme une conséquence de cette manière de voir, nous devons nous attendre à ce que toutes les fois que nous ferons circuler un carbonate alcalin dans le sang, ce carbonate alcalin exercera une certaine influence sur les éléments *naissants* de ces matières moins fortement protégées par la vie, influence analogue à celle produite sur la matière morte, aidant à leur résolution en substances alliées semblables à celles obtenues hors du corps, en même temps qu'elle occasionnera la formation de matériaux solubles susceptibles d'être excrétés facilement sous cette dernière forme ; cet effet remarquable des diurétiques alcalins, démontré actuellement par l'expérience et par les produits rencontrés dans le courant qui les rejette hors du corps, ne fut pas méconnu des anciens médecins observateurs. Nous en voyons la preuve dans l'attirail d'apozèmes, de décoctions diurétiques et de tisanes dépuratives, etc., dans lesquels abondent les stimulants rénaux. Les résultats heureux d'une telle pratique frappent les yeux ; car, à moins de n'accorder aucune foi aux écrits des laborieux praticiens des siècles passés, ceux qui lisent les beaux et consciencieux récits des cas de guérison de la *cachémie*, ou altération du sang, sont convaincus que dans les diverses affections éruptives, les ulcères cutanés, les furoncles et beaucoup d'autres maladies, l'emploi des diurétiques a été réellement efficace. Il est vrai que certaines de leurs prescriptions ne renferment pas de véritables diurétiques ; mais ce n'est pas la substance médicamenteuse elle-même qu'il faut prendre en considération, mais bien le véhicule qui la tenait en dissolution ; c'est-à-dire l'eau que

les anciens recommandaient à la quantité de plusieurs litres par jour. En effet, un litre ou plus de liquide aqueux, pris dans les vingt-quatre heures, augmente d'autant la quantité de la sécrétion urinaire, sans lésion morbide, par une simple action éliminatrice normale. L'eau devient alors un *diurétique naturel*. Ce fait est connu de tout le monde, en tant qu'élimination du liquide absorbé ; mais l'économie rejette-t-elle simplement cette eau ingérée en excès ? — Où se trouve la preuve d'une véritable dépuración du sang ? — Cette preuve devient évidente en calculant la totalité des constituants solides de l'urine excrétée en vingt-quatre heures. L'expérience a démontré qu'un excès d'eau ne s'échappe pas seul, mais qu'il entraîne avec lui une certaine proportion de parties solides, en petite quantité toutefois.»

Golding Bird, depuis des années, appelle dans ses cours l'attention toute particulière de ses auditeurs sur *l'emploi des diurétiques dépurants* ou *diurétiques chimiques*, principalement les sels à acides végétaux, lorsqu'il s'agit de traiter une affection chronique, dans laquelle la cause excitatrice, ou la maladie existante, dépend de la présence de quelque produit imparfaitement organisé, doué d'une vitalité moindre. Pour ce praticien éminent, il est des cas nombreux dans lesquels de telles substances prennent naissance ; on les rencontre dans le système glandulaire, sous forme de dépôts albumineux, sous forme de furoncles dans le tissu cellulaire, à la peau sous forme d'excrétions (maladies cutanées, squammeuses ou tuberculeuses). L'auteur professe l'opinion que ces produits proviennent d'une usure exagérée de nos tissus, et que, dans certaines circonstances, de grandes quantités anormales de matières à peine vivantes peuvent être rejetées de l'économie ; au moyen de dissolvants convenables. Aussi a-t-il recours à ces agents dans bon nombre de maladies. Sous leur influence, dans les fièvres intermittentes, les paroxysmes sont devenus plus rares, l'aspect terreux de la peau s'est amélioré, pour faire place à une teinte plus normale. La maladie, réfractaire auparavant au sulfate de quinine, est devenue dès lors accessible à ces moyens de guérison. L'auteur préconise encore les diurétiques chimiques ou alté-

rants dans certains cas d'hypertrophie du foie ou de la rate et dans des cas nombreux d'hypertrophie des ganglions cervicaux, alors que l'iodure de potassium échoue. Nous voyons bien là une action fondante, altérante, mais on a le droit de se demander si c'est bien comme diurétiques qu'agissent alors l'acétate de potasse et autres sels à base de soude ou de potasse classés parmi les diurétiques chimiques.

Golding Bird insiste surtout sur l'efficacité de l'*acétate de potasse* : Ce sel, dit-il, entre par absorption directe dans le sang, et se transforme en carbonate *naissant*, lequel aide à la métamorphose et à l'excrétion des éléments anormaux du sang et à leur élimination consécutive par les reins. « Lorsqu'un individu, — écrit cet auteur, — miné par les effets des miasmes paludéens, est soumis à l'administration de ce médicament, à la dose de 8 grammes dans le cours de vingt-quatre heures, dans une grande quantité de liquide, et que l'usage en est prolongé pendant deux ou trois semaines, non-seulement la santé générale n'est pas affectée par le remède, mais un soulagement marqué en devient la conséquence ; la peau du malade devient moins terreuse, l'expression de sa physionomie plus naturelle, l'aspect morne de son regard reprend plus de gaieté, l'engorgement du foie ou de la rate s'amoindrit, et enfin les paroxysmes irréguliers de la *fièvre larvée* disparaissent, ou nécessitent seulement de légères doses d'arsenic pour leur cure complète et pour débarrasser entièrement le patient de sa maladie. Même dans les fièvres intermittentes tierces, récentes, dans lesquelles les paroxysmes sont bien marqués, souvent violents, nous avons toujours administré hardiment l'acétate de potasse, en observant une diminution dans l'intensité des attaques et une prolongation considérable des intermissions. Véritablement, lorsqu'on ordonne la quinine dans le but de combattre l'accès de fièvre, l'administration subséquente de l'acétate de potasse, non-seulement prévient une rechute, mais améliore considérablement la santé générale du patient. »

Les anciens connaissaient déjà l'efficacité de l'adjonction d'une préparation altérante, des sels d'antimoine, de potasse, de soude, d'ammoniaque, à l'anti-périodique. La cé-

lèbre préparation connue sous le nom de *bolus ad quartanam* contient, à côté du quinquina, du carbonate de potasse et de l'émétique. Dans d'autres prescriptions, nous trouvons le quinquina associé au nitre, au chlorure de sodium, au carbonate et au muriate d'ammoniaque.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, l'acétate de potasse est, d'après Bird, l'agent le plus efficace et le plus prompt dans ses effets : « Nous hésiterions à affirmer quoi que ce fût, dit-il, qui ne s'appuyât pas d'une expérience suffisante ; et pourtant, nous le déclarons, jamais maladie n'a cédé plus facilement que cette dernière à l'emploi de l'acétate de potasse, comparativement même à l'emploi des autres moyens habituellement usités. Dans les cas les plus graves, traités dans notre service à l'hôpital (et nous préférons parler de ces cas officiels plutôt que de ceux de notre pratique privée, parce que beaucoup de médecins et d'élèves ont pu les vérifier, et que d'ailleurs les patients ont pu être mieux suivis), nous avons toujours vu la guérison devenir rapide, et le soulagement du patient, immédiat ou très-marqué par l'usage de l'acétate de potasse à la quantité de 15 grammes dans une grande quantité d'eau, par doses fractionnées, dans l'espace de vingt-quatre heures, que lorsqu'on employait tout autre traitement. En huit jours, très-fréquemment la douleur excessive des articulations disparaissait, et le patient éprouvait au moins certain allègement dans son état, et effectuait quelques mouvements, quoique ses articulations fussent encore gonflées. Jamais ce médicament n'a produit d'effets nuisibles ; bien plus, en même temps que la guérison était plus rapide, on n'avait pas à redouter les effets désastreux du colchique ou du mercure. La douleur devenait moindre, d'une façon presque soudaine, aussitôt que l'urine apparaissait alcaline et augmentait en densité. » G. Bird allégué à l'appui de l'efficacité de l'acétate de potasse, dans le rhumatisme articulaire aigu, une preuve qui vaut bien des raisonnements, c'est l'essai qu'il en fait sur lui-même, l'expérience personnelle qu'il a pu malheureusement acquérir. Il croit que l'acétate de potasse prévient mieux que tout autre traitement la complication de la péricardite et des lésions du côté des

valvules du cœur. Il se borne à administrer l'acétate de potasse, à la dose de 15 grammes, dans un véhicule abondant d'eau commune, additionné de quelques gouttes d'essence ou d'alcoolature de citron. La seule adjonction qui a été faite à ce traitement a consisté en laxatifs, lorsque la constipation existait en même temps, et en poudre de Dower pendant les premiers jours du traitement, lorsque la douleur était très-aiguë, les articulations étant enveloppées de coton en ouate.

Enfin, l'auteur regarde les *dépurants rénaux* comme capables de remplacer avec avantage, dans beaucoup de cas, les altérants mercuriaux sans qu'ils en présentent les dangers.

Depuis que nous connaissons les remarquables travaux de l'illustre praticien anglais, nous avons eu de fréquentes occasions de contrôler ses assertions et de constater l'efficacité des diurétiques dépurants pour les affections pour lesquelles Golding Bird les préconise, et notamment la valeur de l'acétate de potasse dans le rhumatisme articulaire aigu. C'est ce qui nous a engagé à présenter l'analyse des idées judicieuses émises par cet auteur, afin d'aider à leur diffusion et d'être utile à nos confrères.

**Recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale, par M. le D<sup>r</sup> BACHELET. — In-8°, Baillière, Paris, 1865.**

La pathologie, en prenant la physiologie pour guide, devait nécessairement ressentir une heureuse influence des nombreux progrès que celle-ci a faits, depuis surtout qu'elle s'est engagée dans la voie expérimentale; c'est, en effet, ce que nous constatons tous les jours, et, pour nous limiter à l'examen des maladies du tube digestif, n'avons-nous pas vu l'étude des dyspepsies s'éclairer heureusement des découvertes récentes que nous devons aux physiologistes sur les digestions. A côté de la dyspepsie gastrique proprement dite, nous avons appris à reconnaître une dyspepsie duodé-

nale; M. Bachelet pousse encore plus loin l'esprit d'analyse en décrivant aujourd'hui une dyspepsie *iléo-cœcale*.

Il ne faudrait pas juger cette maladie sur son nom; l'*iléon* n'a rien à faire dans la dyspepsie de M. Bachelet; elle siège dans le gros intestin, et seulement dans le gros intestins, surtout dans le cœcum et les colons.

Cette dyspepsie *colocœcale* n'est pas rare; elle est, au contraire, extrêmement commune, mais elle a été méconnue jusqu'ici; aussi l'auteur n'a nullement la prétention d'inventer une maladie nouvelle, il cherche seulement dans leur véritable sens des faits auxquels on donnait, avant lui, une signification différente. Ainsi, pour lui, la gastrite, la gastralgie, l'embarras gastrique, le rhumatisme intestinal, la névralgie intestinale, l'hypochondrie n'existent pas comme espèces morbides propres; toutes ces maladies ne sont que des variétés de la *dyspepsie iléo-cœcale*. Le lecteur, on le voit, se trouve, dans le livre de M. Bachelet, en pays connu; seulement il apprend à voir différemment qu'il avait vu.

Les idées originales que l'auteur soutient dans son volume nous font regretter qu'il ait passé trop rapidement sur les preuves scientifiques qu'il aurait pu faire valoir à l'appui de son opinion: « Le gros intestin est l'organe principal de la digestion; c'est donc sa pathologie qui doit dominer la pathologie du tube digestif. » Telle est l'idée principale du livre. Cette idée est neuve aujourd'hui, elle aurait besoin d'être étayée de preuves physiologiques, expérimentales et nécroscopiques nombreuses, et, nous le répétons, ces preuves font défaut.

A part ce petit reproche, nous n'avons que des félicitations à adresser à M. Bachelet; son livre est écrit avec méthode et avec facilité, ce qui en rend la lecture attrayante et ce qui tendra à le répandre dans le monde extra-médical; nous voyons avec plaisir la science être mise à la portée de tous et être vulgarisée de plus en plus; la médecine et surtout l'hygiène qui intéresse tout le monde ne doit pas rester en dehors de ce mouvement; s'il est une science que l'on doit répandre dans les masses, c'est à coup sûr celle-là, et le livre que nous analysons est un de ceux qui remplissent cette mission.

En résumé, M. Bachelet a fait un traité utile pour les médecins qui y trouveront des idées originales, sujettes à controverse et par conséquent qui s'imposent à la méditation; il a fait un traité utile aux gens du monde, qui y trouveront des conseils très-sages sur l'alimentation et sur l'hygiène du tube digestif et un code attrayant et intéressant de bromatologie.

L'auteur nous apprend, dans une longue introduction, que son traité de la dyspepsie iléo-cœcale n'est qu'une courte partie d'un long travail qu'il prépare sur l'art de conserver ou de préserver la santé par un régime habilement dirigé. Le livre qu'il nous donne aujourd'hui nous fait souhaiter la prompte apparition de celui qu'il nous promet.

X...

---

**Des eaux d'Aix comme moyen de diagnostic dans les maladies chroniques, par le D<sup>r</sup> VIDAL, médecin-inspecteur.**

Sous ce titre, notre savant confrère a publié un intéressant travail, dont le but est d'éclairer le diagnostic étiologique par la médication thermale.

On sait depuis longtemps que les eaux sulfureuses en général ont la propriété de faire reconnaître la syphilis latente; les médecins hydrologistes sont très-absolus sur ce point, beaucoup plus que les spécialistes; ils pensent, et je crois avec raison, que cette action excitante locale et générale n'appartient pas spécialement aux eaux sulfureuses, mais à toutes les eaux chlorurées, bicarbonatées, sodiques, faibles ou fortes, mais avec un degré différent, selon leur minéralisation et leur température.

M. Vidal laisse de côté le type le mieux accusé, celui de la syphilis, pour étudier les autres diathèses; il pense que toutes les eaux minérales ont la propriété de faire paraître et d'exagérer toutes les manifestations diathésiques, celles qu'elles doivent guérir comme celles sur lesquelles elles n'ont aucune action.

Pour arriver à ce moyen de diagnostic, l'auteur pense qu'il est d'abord nécessaire de connaître l'action physiologique des eaux sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Nous ne partageons pas l'avis de notre confrère. Il faut connaître l'action des eaux en général sur l'homme malade, mais nous croyons qu'au point de vue thérapeutique, on n'a pas le droit de conclure de l'homme sain à l'homme malade. Quand une indication est bien remplie par un remède très-approprié, aucun phénomène particulier ne manifeste son action; le malade guérit souvent sans que l'on puisse constater l'action physiologique du médicament. Ainsi cette étude de l'action des eaux minérales sur l'homme sain est une étude d'histoire naturelle, mais elle ne me paraît pas devoir être un guide en thérapeutique thermale.

Après l'étude physiologique de l'étuve, de la douche, du bain, de la boisson, notre confrère signale les phénomènes qui se produisent après la cessation des eaux, tels que les sueurs qui se répètent pendant un certain temps avec périodicité, le coryza, la diarrhée.

Nous ne pouvons pas analyser les observations intéressantes qui constituent le fond de ce travail sérieux; nous les avons lues plusieurs fois, et nous sommes arrivé à la conclusion de l'auteur, c'est que l'action des eaux révélera souvent des éléments morbides complètement ignorés.

Il nous reste une petite observation à faire au sujet du passage suivant :

« Le rhumatisme, dit M. Vidal, se limite souvent de façon à en imposer pour une inflammation ou une névralgie; il importe de le reconnaître, car sur une articulation, il amène la tumeur blanche; sur l'utérus, l'engorgement de cet organe et sur les organes *respiratoires*, la *phthisie*; il y aurait lieu de faire beaucoup de réserves, je crois, pour la phthisie rhumatismale; le rhumatisme a bien son siège de prédilection sur les plèvres, mais peut-il envahir les bronches, le tissu pulmonaire lui-même? Je doute que l'on puisse édifier avec les matériaux actuels une vraie phthisie rhumatismale.

Ce sont surtout les maladies rhumatismales, goutteuses, herpétiques, à forme atonique qui s'adaptent aux eaux sul-



fureuses d'Aix ; ce sont ces diathèses surexcitées qui déterminent ces évolutions indiquant leur nature, et leurs manifestations dépendent beaucoup du mode d'administration des eaux.

En résumé, ce mémoire sera consulté avec fruit par tous les médecins qui ont à cœur de se rendre compte des difficultés qui se présentent lorsqu'il faut, pour guérir ou soulager une maladie chronique, établir sur des données scientifiques le choix d'une station thermale.

H. CHATIN.

---

## VARIÉTÉS.

---

### CAUSERIES DU MOIS.

---

C'est au mois d'août que fleurissent les reines-marguerites et les boutonnieres. Bienheureux mois, qu'attendent chaque année avec anxiété des milliers de revers d'habits palpitants du désir d'étaler sur la noirceur lustrée de leur Elbeuf l'écarlate pétale, séduction des batraciens et des hommes, ainsi que l'a fait observer Henri Mürger, — un décoré ; — ou de substituer à la simple inflorescence du premier degré de la chevalerie une rosette plus touffue et mieux meublante.

Voilà, direz-vous, assurément le langage d'un particulier chez qui cet août n'a fait fleurir que des reines-marguerites. Ma foi oui, lecteur ! c'est vrai. Et encore ces ingrates ont-elles, malgré mes soins assidus, rétrogradé du double au simple. C'est de quoi vous me voyez considérablement vexé. Quant à ma boutonniere, elle est modeste et tranquille, sans même affecter le port de la fameuse renoncule pourpre, au moyen de laquelle certaines gens, incurablement affectés d'*hystéro-décoropathie*, croyant se faire passer pour officiers de la Légion-d'honneur, ne réussissent qu'à se faire reconnaître membres distingués de l'ordre des imbéciles.

Notre sacro-saint corps médical a eu, comme d'usage et de droit, sa quote-part honnête dans la distribution.

Hourrah pour les élus ! Que l'opinion publique leur ait décerné un *extrêmement satisfait* ou un simple *passable* ; que l'épanouissement tardif de la fleur d'honneur sur un sol généreux ait eu lieu malgré l'inclémence d'un soleil avare, ou qu'il se soit manifesté hâtivement sous l'influence des serres chaudes de la faveur.... Hourrah pour eux ! Nous les félicitons tous ; nous ne portons envie à aucun et n'avons pas à nous inquiéter si les uns décorent l'ordre dont ils sont devenus membres, et si les autres doivent se contenter de s'en dire décorés !

Et hourrah pour ceux dont l'immatriculation, déjà prononcée par le suffrage public, doit se réaliser effectivement à l'une des prochaines nominations ?

A propos de décorations et de chevaleries, on m'a assuré que le vice-roi d'Egypte, désireux de consacrer, par une commémoration perpétuelle, le souvenir de l'heureuse inspiration à laquelle il a dû son salut et qui a préservé ses sujets, cruellement décimés par le choléra, de ce comble de calamité de voir en péril la vie précieuse d'un souverain qu'ils adorent. — On prétend, dis-je, que le vice-roi d'Egypte s'est résolu à instituer un nouvel ordre qu'il intitulerait l'ordre de l'*Hégire*. Cette décoration aurait l'avantage de rappeler aux fidèles musulmans deux grands événements historiques, l'un cher à leur foi, l'autre doux à leur cœur, arrivés tous les deux au mois de juin, mais à 1287 ans de distance. C'est à savoir : la fuite de Mahomet, se sauvant de la Mecque à Médine devant le poignard des mécréants, pour conserver aux Islamites leur futur prophète ; — et l'*Hégire* proprement dite du pacha d'Egypte, à qui son bon génie a soufflé d'aller rendre ses devoirs à son suzerain le Grand-Turc juste au moment où le choléra envahissait le Caire, et où les Egyptiens mouraient comme des mouches. L'insigne de l'ordre nouveau sera, dit-on, un bateau à vapeur. Quant au ruban, la nuance en serait choisie dans la gamme de tous ceux qui s'échelonnent entre le jaune-potiron et le vert-épinard.

A peine cette nouvelle a-t-elle été, je ne dirai pas divulguée, mais seulement pressentie, que nombre de boutonnières en vert en ont senti se crispier de désir leurs fils constricteurs. Dans l'intensité de ce prurit tentigineux, elles se seraient volontiers écriées, comme je ne sais plus quel personnage de la satire de Lamennais : *Amschapands et Darwands*, — en modifiant seulement un substantif.

« Du ruban ! du ruban ! qu'on me donne du ruban !... j'en ai faim, j'en ai soif. Et cette soif est inextinguible, et cette faim est irrassiable. »

Et là-dessus requête de s'envoler par-delà la Méditerranée, devers le chef des eunuques du sérail du Caire, grand-chancelier, dit-on, de l'ordre nouveau...

Je doute, toutefois, que les insignes de cette chevalerie orientale viennent grossir la collection d'ordres de toutes les provenances dont se trouve pourvu notre très-honorable confrère, le docteur C..., le médecin le plus décoré des cinq parties du monde et de l'Auvergne.

Oui, plus décoré que M. Hipp. Larrey, plus que M. Velpeau, plus que M. Jobert de Lamballe, à la boutonnière duquel semblent briller les spectres combinés du Thallium, du Rubidium et du Cæsinus ; — plus même que M. Ricord, dont les rubans, mis bout à bout, ne représenteraient pas, ainsi qu'on l'a faussement avancé, la distance de Paris à Condom, mais n'en sont pas moins fort nombreux et divers.

L'histoire — très-authentique — du pavoisement de notre confrère C... est courte, mais curieuse : il se trouve un beau matin omni-décoré par l'intermédiaire... des huitres. Ne vous récriez pas, vous allez comprendre.

Il existe à Paris un particulier immensément riche et fervent collectionneur d'histoire naturelle. Ses herbiers sont plus beaux que ceux du muséum et sa collection de coquilles est sans rivale en Europe. Or, notre confrère, excellent naturaliste et bon écrivain, fut chargé, par lui, de faire la description de sa collection conchyliologique, tâche dont M. C... s'acquitta avec talent. Son livre, illustré de magnifiques planches coloriées, n'a jamais été mis dans le com-

merce. L'éditeur s'est borné à en faire tirer quelques centaines d'exemplaires destinés à ses amis, aux illustrations de la science et aux grandes bibliothèques des états civilisés. Chaque souverain de l'Europe reçut l'hommage d'un exemplaire sur vélin auquel il riposta immédiatement par une décoration à l'auteur.

J'ai omis de dire qu'avant cette pluie de croix et de médailles, M. C... était chevalier de notre Légion d'honneur, distinction à laquelle la coopération des mollusques est tout à fait étrangère et qu'il avait très-consciencieusement gagnée par ses bons services dans la médecine militaire.

Jamais peut-être notre confrère n'a eu l'idée de se revêtir de tous ses insignes décoratifs. La superficie de son thorax ne suffirait pas à les étaler, dût-il en couvrir le pourtour de son buste de façon à ne pas laisser au plessimètre interrogateur de M. Piorry le plus petit interstice. Je ne lui conseillerais pas, bardé de cette quincaillerie honorifique, d'aller se promener dans les environs de Montluel, au temps où les alouettes font leur nid. Il y a par là un garde-champêtre farouche qui lui mettrait pour sûr sa main au collet, et le confisquerait comme engin de chasse vivant. C'est ce garde qui, l'hiver dernier, dressa procès-verbal à un vieux paysan qui flânait, sans armes, son seul bâton à la main, en suivant avec une précision suspecte la piste d'un lièvre sur la neige, et le fit bel et bien condamner à l'amende, comme ayant présenté toutes les apparences d'un homme qui avait envie d'essayer d'attraper un lièvre en temps prohibé.

Je me suis dit souvent que, si la justice mettait à réprimer l'exercice illégal de la médecine seulement autant de rigueur qu'elle en dépense pour réprimer les délits de chasse, nous aurions moins de charlatans. Il y a dans mon voisinage, un particulier bien connu par l'audace ignare et meurtrière de ses pratiques empiriques. Vingt fois traduit en police correctionnelle, il en a constamment été quitte pour une amende variant de 4 fr. à 5, aussi continue-t-il à médicamenter les populations à la barbe des autorités, voire même des bons gendarmes. Il est aussi grand amateur de chasse et dégrasse présentement son rouillard pour la pro-

chaîne ouverture. Mais, s'il empoisonne ses semblables sans diplôme, n'ayez peur qu'il se risque à tirer sur un perdreau sans port-d'arme. Il sait trop ce qu'il lui en cuirait.

Cependant nos juges lyonnais viennent de déroger à ces traditions de condescendance d'une façon qui va les rendre redoutables aux guérisseurs interlopes. Dieu veuille, du moins, que la salutaire rigueur du tribunal porte de tels fruits ! A peu de jours de distance, un sieur Fuchet accosté d'une dame Boissonnet, puis deux intéressants associés, les sieurs Lauras et Bidremann (ce dernier *prop pudor* ! officier de santé), ont été condamnés, les premiers à 300 fr. d'amende et 15 jours de prison, les seconds à un mois de prison l'un, 6 jours l'autre et 100 fr. d'amende.

Fuchet et la veuve Boissonnet prétendaient, à l'aide du sommeil magnétique, établir le *diagnostic pathologique* des maladies, et, bien entendu, les guérir toutes, moyennant une rétribution qui variait suivant les cas.

Ils étaient consultés à distance. Le malade n'avait qu'à envoyer un mouchoir qui lui eût servi, mais soigneusement enveloppé pour que *le fluide ne se perdît pas* !

Les procédés des deux autres compères avaient quelque chose de plus transcendental encore. C'était un heureux mélange de magnétisme et de spiritisme. Lauras, tailleur de pierre, se faisait endormir, puis, dans son sommeil extatique, entrait en communication avec l'esprit de saint Jacques-le-Mineur, qui lui dictait ses ordonnances, lesquelles allaient chez le pharmacien, contresignées par l'officier de santé Bidremann !!!

C'est très-bien, mais ce n'est pas tout ! que la magistrature veuille en prendre la peine ; elle trouvera dans Lyon, et tout aux alentours, les éléments d'une razzia superbe. Elle vient de balayer des pailles. Il demeure des poutres qui éborgnent la santé publique et le sens commun. *Epice pri-mum trabens* !

Dr ASTIER.

## NOUVELLES.

*La Gazette des Hôpitaux*, dans son bulletin de l'Académie de médecine, n° du 9 août, s'exprime ainsi :

« M. Michon a lu un rapport sur une observation de M. Ollier, ayant trait à une opération bien connue et bien exécutée. M. Ollier a reçu du rapporteur des éloges mérités. Grâce à ce chirurgien, l'Ecole de médecine de Lyon continue à attirer l'attention du public savant. Nous ne sommes pas, sans doute, les premiers à le remarquer et à dire que, quand une Ecole secondaire a fourni une génération d'hommes comme Pouteau, Petit, Gensoul et plus tard Bonnet, et tant d'autres ; quand elle nous envoie chaque année des élèves de premier ordre, elle a marqué sa place dans l'histoire et mérité d'être une Faculté de médecine. — Desprès. »

Nous remercions l'honorable chirurgien des hôpitaux de Paris de ses éloges, et dans l'intérêt de la cause qu'il plaide en termes si élevés, nous y ajouterons quelques réflexions.

L'Ecole préparatoire de médecine de Lyon, — ceci soit dit sans rien enlever au mérite et à la considération de ses très-savants professeurs, — n'a pu compter dans son sein tous les hommes de mérite qui ont valu à Lyon sa renommée scientifique.

Ainsi, la chirurgie lyonnaise ne revendique pas seulement le très-regretté A. Bonnet et les savants praticiens, ses successeurs ; elle peut s'enorgueillir encore avec quelque droit des travaux de Gensoul, de Reybard, etc., qui n'ont jamais occupé de chaire officielle. Le chirurgien en chef actuel de l'Hôtel-Dieu, qui soutient avec quelque honneur le nom de la chirurgie lyonnaise n'appartient pas non plus à l'Ecole de médecine.

Notre Ecole syphiligraphique a conquis une réputation incontestée ; quelques-unes de ses œuvres ont exercé une influence décisive, et cependant aucun des noms populaires de MM. Baumès, Diday, Rodet, Rollet, n'a pu forcer les portes du sanctuaire de l'Ecole.

Sous ce rapport une influence maligne et occulte semble s'être abattue spécialement sur l'Antiquaille.

A quoi peut tenir un pareil état de choses ? Au grand nombre d'hommes de mérite qui se pressent pour arriver à l'Ecole ? Au système de recrutement adopté ? — Peut-être à l'une et à l'autre de ces causes.

Pour nommer aux places de professeur suppléant, de chef des travaux anatomiques, prosecteur, chef de clinique, l'Ecole ne veut pas du concours. Dans une ville qui doit son illustration aux médecins et chirurgiens de ses hôpitaux, *tous nommés au concours*, cet abandon est au moins singulier.

Aussi les honorables professeurs *isolément* protestent-ils en faveur du concours, mais une fois *réunis*, un nouvel esprit les agite, et cependant telle est la force du principe qu'ils sont obligés de lui rendre hommage ; mais ils remettent son application à *plus tard*. — Pourquoi refuser l'application d'un mode de nomination qui enlève tout prétexte aux récriminations.

L'Ecole n'a pas droit de présentation pour les places de professeur suppléant, et dans ce cas, elle invoque avec plus de succès les règlements.

*L'Ecole n'a pas droit de présentation.* Elle n'a pas ce droit, sans doute, mais elle a celui de demander respectueusement à l'autorité administrative de vouloir bien admettre le concours comme titre à l'appui d'une candidature. L'exemple de Lille aurait dû être un encouragement. Il n'y a rien de contraire aux lois dans ce mode qui s'est exercé à Lille pour la chaire de professeur suppléant, qui fonctionne actuellement à Paris pour la place de chef de clinique, et qui a fait nommer dernièrement à Montpellier un des élèves les plus distingués de notre Ecole, chef des travaux anatomiques.

Mais, objecte-t-on, cette faveur ne serait que transitoire, et si elle était à un moment retirée, elle placerait l'Ecole dans un grand embarras. — C'est préjuger l'avenir dans un sens bien pessimiste et que rien ne tend à justifier ; c'est, de plus, se condamner à une immobilité absolue et renoncer à jamais rien demander, sous prétexte que toute faveur peut être retirée.

N'insistons pas là-dessus et passons à la nomination par titres.

Le concours exclu, reste la présentation sur titres.

La première condition de ce mode de nomination est que les personnes ayant des titres puissent les faire valoir, et à ce propos, disons que quelquefois on a pu se plaindre du défaut de publicité lors d'une place vacante. De l'examen des titres, nous ne dirons rien. On sait combien sont ingénieux les moyens de soutenir ou de déprécier un candidat. L'un est trop jeune, l'autre trop âgé ; on a même vu, dit-on, refuser un candidat pour lui rendre service. On raconte en ce moment la singulière histoire d'une présentation faite dans les conditions suivantes : Une place est vacante, plusieurs candidats, tous très-savants, se présentent ; mais l'un est chirurgien d'un hôpital, lauréat de l'Ecole de médecine, ancien prosecteur ; aucun de ses compétiteurs ne peut fournir un pareil état de services. — L'honorable aréopage l'exclut à l'unanimité. Pourquoi ? — Serait-il, par hasard, dangereux d'avoir trop de titres ?

La situation faite actuellement à l'Ecole est-elle donc le dernier mot du progrès ?

Lorsqu'une chaire est vacante, l'Ecole n'a pas droit de présentation, mais l'autorité administrative veut bien consulter officieusement M. le directeur. Celui-ci, à son tour, admet officieusement ses collègues à donner leur avis, et ils dressent une liste qui n'est aussi qu'officieuse, puisqu'on a vu les derniers élus les premiers.

De là les embarras singuliers du candidat qui s'entend répéter : Nous comptons pour si peu dans cette affaire ; adressez-vous ailleurs. — N'est-ce pas l'exposer à la tentation de faire valoir ses titres devant d'autres que ses juges naturels ?

Nous nous arrêtons ici, ne voulant pas, à propos d'une question de mérite ou de concours, agiter une question de crinoline.

M. le directeur de l'Ecole est arrivé au pouvoir animé des intentions les plus libérales et les plus progressives. Nous lui soumettons humblement ces quelques réflexions, persuadé que personne mieux que lui ne comprend combien il est important qu'on ne puisse soupçonner l'esprit de système ou de coterie dans une corporation élevée à un si haut degré dans l'estime et la considération publiques.



Une société protectrice de l'enfance vient de se créer, à Paris, sous la présidence du docteur Barrier. Voici quelques extraits des statuts :

Art. 1<sup>er</sup>. — La Société a pour objet :

1° De préserver le premier âge des dangers qui résultent de l'abandon des enfants à des nourrices qui les emportent au loin, sans que les parents puissent exercer sur eux une surveillance suffisante ;

2° De mettre en pratique les ressources dont dispose l'hygiène pour le développement physique des enfants avant d'entreprendre la culture de leur intelligence, afin de léguer à l'avenir des générations saines et vigoureuses.

La Société se propose d'atteindre son but par tous les moyens que l'expérience lui suggérera, notamment : en encourageant l'industrie privée à fonder, dans le voisinage de Paris et des grandes villes de France, des *colonies maternelles* où des nourrices de choix seront entretenues pour élever des enfants : — en instituant des prix en faveur des nourrices qui auront le mieux accompli leur tâche — en propageant les méthodes d'éducation les plus propres à former à la fois le corps et l'esprit ; enfin, en publiant un bulletin qui traitera des matières afférentes à la mission que s'impose la Société.

Art. 2. — La Société se compose de membres des deux sexes.

Art. 3. — Sont membres titulaires ceux qui, résidant dans le département de la Seine, paient une cotisation annuelle de 10 fr. et ont été agréés par le conseil d'administration. Le titre de membre correspondant est dévolu aux souscripteurs qui, demeurant hors du département de la Seine, paient annuellement une somme de 6 fr.

Art. 7. — Les dames sont éligibles à toutes les fonctions.

---

NÉCROLOGIE. — Au moment de mettre sous presse, nous apprenons la mort de M. le docteur Sémanas, auteur de plusieurs ouvrages estimés.

Et de M. le docteur Chinard, ancien premier adjoint de la mairie de Lyon, chevalier de la Légion-d'honneur.

---

M. le docteur Beau a succombé, le 11 août, aux suites d'une affection cérébrale.

Malade depuis longtemps, épuisé par les déceptions et les luttes scientifiques, il avait été pris, dans les derniers jours de juillet, d'une congestion cérébrale légère, mais qui avait laissé chez lui des traces bien sensibles. La joie de se trouver dans son pays, au milieu de personnes qui toutes l'affectionnaient, avait un peu ranimé ses forces, et tout le monde se plaisait à espérer son rétablissement. Cet espoir, hélas ! a été déçu.

Dans la nuit du dimanche, 6 août, une attaque plus forte a déterminé une paralysie de tout le côté droit avec perte de la parole et impossibilité d'avaler. Malgré cet état, M. Beau conservait toute son intelligence et, connaissant sa fâcheuse position, il annonçait lui-même à sa famille qu'il n'y avait plus aucun espoir, pronostic malheureusement trop vite réalisé ; car il s'est affaibli de plus en plus, et il est mort sans agonie le 11, à trois heures après midi, assis dans un fauteuil.

Un discours a été prononcé sur sa tombe par notre honorable confrère, M. le docteur Gerbier (de Ferney).

*(Gazette des Hôpitaux.)*

Par arrêté ministériel en date du 23 juin, à chacune des chaires de clinique médicale et obstétricale sont attachés un chef de clinique et quatre aides de clinique.

La durée des fonctions sera de deux ans. La nomination de chef de clinique sera faite par le ministre, après un concours auquel seront admis les docteurs ou étudiants en médecine âgés de moins de 34 ans, qui auront obtenu, soit le grand prix, soit un premier ou un second prix de l'École pratique, le prix Corvisart ou une des médailles du concours établi entre les internes de troisième et quatrième année des hôpitaux civils de Paris, et ceux qui, ayant fait comme aides de clinique un bon service, attesté par le professeur, auront obtenu au moins une mention honorable dans l'un des concours cités précédemment.

*Le directeur du Comité, gérant,*

**GAILLETON.**

---

**TRAVAUX ORIGINAUX.**

---

DE L'USURE DES DENTS. — SUPPURATION DE LA PULPE  
DENTAIRE PRODUITE PAR CETTE CAUSE.

Par M. le docteur GAILLARD, médecin-dentiste.

---

Les dents humaines, qui passent à juste titre pour les parties les plus dures de notre squelette, éprouvent chez beaucoup de sujets des modifications dans leur forme extérieure, qui sont dues à la disparition lente et progressive d'une partie de leurs molécules.

Cette disparition moléculaire, désignée vulgairement sous le nom d'usure, quand elle reconnaît pour cause le frottement des dents, soit les unes contre les autres, soit contre des corps interposés, s'effectue, toutes choses égales d'ailleurs, d'autant plus rapidement que la structure de ces os-téides est moins résistante, ou que les corps sur lesquels ils frottent sont plus durs.

Tout le monde a remarqué la brèche ou échancrure que produit le tuyau des pipes, surtout des pipes de terre sur certaines dents des fumeurs ; et chez un grand nombre de personnes qui ne mangent que d'un côté, il est facile de constater une diminution de hauteur sur les dents qui fonctionnent exclusivement pour la mastication. Cette lésion toute physique se rencontre également chez les individus atteints d'une affection convulsive des muscles masticateurs, et, chose curieuse, c'est surtout pendant le sommeil que s'opèrent le plus souvent ces grincements involontaires. Un grand nombre de gouteux éprouveraient, au dire de Graves, de Dublin, un désir irrésistible de grincer ainsi des dents. Ce besoin, sollicité par une pénible sensation qu'ils éprouvent dans les mâchoires, est tel que certains gouteux finissent par user leurs dents jusqu'aux alvéo-

les. Mais, dans ces cas, l'usure est générale, c'est-à-dire qu'elle se fait sentir sur les deux arcades dentaires à la fois.

On rencontre également l'usure chez tous les animaux ; elle suit les progrès de l'âge, et personne n'ignore l'excellent parti que les vétérinaires ont tiré de cette notion pour déterminer d'une manière approximative l'âge des chevaux.

Quant aux rongeurs qui semblent faire exception, ils rentrent également dans la loi commune, car les incisives des individus de cette classe, par une disposition toute particulière de leur bulbe, ont un accroissement continu qui répare sans cesse la destruction de la substance dentaire occasionnée par le frottement en quelque sorte perpétuel de leurs mâchoires.

Dans l'espèce humaine, l'usure est rarement portée assez loin pour devenir cause d'accidents sérieux. Le plus souvent elle ne devient considérable que chez les vieillards ; or, précisément à cette époque de la vie, la dent a subi toutes les phases de son évolution ; la cavité dentaire est oblitérée ; la pulpe, cet organe essentiellement vasculaire et nerveux, a complètement disparu, et la dent peut dès lors être usée jusqu'aux trois quarts de sa couronne, sans que l'individu avancé en âge ressente jamais ces vives douleurs odontalgiques auxquelles les jeunes sujets sont si souvent en proie.

Toutefois, dans les circonstances énumérées plus haut et dans plusieurs autres encore assez mal connues, il arrive que le travail physiologique, l'ossification de la cavité dentaire, tout en marchant de front avec le travail destructeur, l'usure, ne peut pas le contrebalancer. La pulpe est donc de moins en moins protégée par les couches de dentine, et très-souvent, dans ces nouvelles conditions, elle devient le siège d'altérations morbides très-graves. Mais ici il nous faut faire deux remarques fort importantes :

1<sup>o</sup> Si l'usure s'opère très-lentement, la pulpe, légèrement surexcitée dans ses fonctions, viendra admirablement seconder l'ossification sénile. On trouvera le plus souvent alors, dans la cavité dentaire, des petits osselets n'offrant, en général, aucune structure régulière, transparents, friables, et assez peu adhérents aux parois de la cavité. Dans

certains cas cependant, la structure de ces productions calcaires se rapproche beaucoup de la dentine normale ; leur adhérence aux parois anciennes est assez grande pour leur servir de renfort et reculer ainsi le moment où la cavité de la dent sera exposée au contact de l'air et des particules alimentaires, ce qui entraîne infailliblement sa destruction. C'est donc là un véritable bienfait de la nature, et c'est ce qui nous explique comment certains individus ont le privilège de perdre la presque totalité de leurs dents par carie, sans presque éprouver la moindre douleur.

Le professeur Owen, qui a étudié cette substance de nouvelle formation, l'attribue à une ossification des éléments propres de la pulpe, à une véritable transformation sur place, et lui a donné le nom d'ostéo-dentine. Sans être partisan du néologisme, nous préférons la dénomination de dentine secondaire, qui semble mieux rappeler son mode d'origine, car nous sommes loin de penser, comme ce savant, que ce soit toujours aux dépens de la pulpe que s'accomplit ce phénomène, si jamais il a lieu de cette façon.

Comment expliquer, en effet, cette ossification dans les cas où l'opérateur a laissé un espace entre le fond de la substance obturante et la pulpe. Si les choses se sont bien passées et qu'on vienne plus tard à faire l'autopsie de cette dent, on trouve qu'il n'existe plus d'espace vide. On est donc bien forcé d'admettre, ce me semble, qu'il s'est produit un dépôt de lymphes coagulables ou blastèmes, au sein duquel s'est développé cette dentine secondaire, comme l'ivoire primitif s'est formé spontanément, par génèse, à la surface du bulbe qui fournit les matériaux (blastèmes) nécessaires à cette génèse. Mais, j'ai hâte de le dire, pour obtenir de tels résultats, le sujet doit remplir certaines conditions générales et locales qui ne se rencontrent pas fréquemment dans la pratique.

2° Si l'usure fait des progrès plus rapides, le mode de vitalité et la nature de la sécrétion de la pulpe seront profondément modifiés. L'accroissement de vascularité produit par une irritation trop vive n'aboutira plus à un surcroît d'énergie fonctionnelle, mais bien à la congestion et à l'in-

flammation soit aiguë, soit chronique de cette pulpe si disposée, par sa structure, à ce processus morbide.

L'émail, cette enveloppe protectrice de la dent, ayant complètement disparu dans les parties usées, l'ivoire se trouve à nu ; or, l'abondant réseau des cavités anastomotiques et les nombreux canalicules qu'on rencontre dans ce tissu favorisent singulièrement la transmission des impressions extérieures, et surtout le mélange des liquides du dehors avec celui contenu dans ces conduits dentinaires. De cette disposition anatomique, il résulte que plus la dent sera usée, plus la communication sera facile entre la pulpe et les agents extérieurs, et plus l'impression ressentie sera de nature à provoquer l'irritation morbide. C'est, du reste, ce qui arrive dans toutes les caries un peu profondes qui détruisent également, mais d'une autre façon, la substance qui constitue l'ivoire.

Les dents qui subissent ainsi cette fâcheuse action du frottement produisent souvent au début le phénomène de l'agacement.

L'accès de l'air dans la bouche, les boissons froides ou chaudes, et à plus forte raison les aliments solides font éprouver au patient une sensation *sui generis* qui disparaît le plus souvent avec la cessation de la cause. Ce n'est ordinairement qu'après un temps plus ou moins long que la douleur devient continue. Le plus souvent sourde et gravative, elle revêt parfois le caractère de véritables accès névralgiques. L'usage des fruits acides, des boissons sucrées, le froid aux pieds, un travail intellectuel un peu soutenu, l'humidité de l'atmosphère, les troubles des fonctions digestives, peuvent devenir la cause occasionnelle de ces crises odontalgiques. En outre la douleur ne reste plus localisée, elle s'irradie sur tout le trajet du nerf dentaire, et les malades accusent une vive souffrance dans tout le côté correspondant de la mâchoire, et quelquefois aussi dans le côté opposé. Toutes les dents sont sensibles au moindre choc ; il y a alors une véritable hypéresthésie dentaire.

Si dans les cas d'usure partielle, verticale, latérale ou oblique, le diagnostic est facile, il n'en est plus de même quand l'usure est à peu près générale, et si le patient ne

vous indique pas précisément la dent qui a été le point de départ du mal, comme très-souvent il n'y a point de carie, ou bien s'il en existe, comme cette carie peut parfaitement siéger ailleurs que sur la dent la plus usée, on risque de faire fausse route, ou tout au moins d'employer un traitement insuffisant pour le cas en question. Vous croyez à une névralgie pure et simple, du nerf dentaire, et vous administrez, mais en vain, les médicaments qui semblent les mieux appropriés pour combattre cet état névropathique.

L'opium, la belladone *intus et extra*, les antispasmodiques de toutes espèces, les mouches de morphine sur le trajet du nerf, le sulfate de quinine, dont on abuse peut-être à notre époque, sont tour à tour essayés, et cela sans aucun soulagement pour le malade. C'est qu'ici, comme dans bien d'autres circonstances, il y a bien névralgie; mais cette névralgie est subordonnée, ainsi que je l'indiquerai dans un instant, à l'hypérémie bulbaire qui exige un tout autre mode de traitement. On ne saurait donc trop, dans les cas d'odontalgie persistante, examiner sérieusement les deux arcades dentaires. Or, une observation attentive de chaque dent réputée douloureuse permettra au chirurgien de reconnaître :

1° Que la dent primitivement affectée est, en général, plus usée que ses voisines;

2° Qu'elle est plus sensible au contact de la sonde;

3° Que la surface de sa couronne est plus limoneuse et qu'elle présente une coloration terne, grisâtre et quelquefois brune, suivant l'époque de la maladie.

Cette coloration est de beaucoup le signe le plus important, car il vous indique à lui seul le siège du mal, sa nature et partant le mode de traitement.

Vous avez évidemment affaire à une inflammation du bulbe. L'intensité de la douleur résulte de la distension des capillaires et de l'inextensibilité de la cavité; de plus comme toutes les autres inflammations, celle-ci a des exacerbations qui se manifestent principalement la nuit. Le décubitus dorsal, la chaleur de la tête enfoncée dans les oreillers nous expliquent assez bien cette allure de la maladie.

Si l'on est consulté au début, alors que l'agacement seul

existe, on pourra, en éloignant les causes de l'usure, enrayer la marche des accidents pour un temps plus ou moins long.

Ainsi, on recommandera au fumeur de suspendre l'usage de la pipe, ou tout au moins il ne devra plus la fixer sur le même point de l'arcade dentaire. Dans le cas d'affection convulsive des muscles, on emploiera, concurremment avec la médication générale, des empreintes de gutta-percha qui s'opposeront au frottement réciproque des dents. Si c'est une dent trop longue qui cause l'usure, on la limera. Enfin on évitera l'usage immodéré des brosses trop rudes, des poudres et eaux corrosives, qui exercent tout à la fois sur le tissu dentaire une action mécanique et chimique des plus nuisibles.

Mais une chose contre laquelle on ne saurait trop s'élever; c'est l'extraction prématurée et souvent intempestive des grosses molaires. Dans ces cas, les incisives assujetties à un travail pour lequel elles ne sont point faites s'usent avec une surprenante rapidité. Malheureusement, si les douleurs existent depuis un certain temps, s'il y a eu des exacerbations nocturnes, il est bien rare, quoi qu'on fasse, que le travail phlegmasique, arrivé à un certain degré, ne se termine pas par la suppuration et la désorganisation de l'organe enfermé dans la cavité dentaire.

Les douleurs, ainsi qu'on le conçoit très-bien, sont à peu près les mêmes que celles qu'on ressent dans les panaris profonds, et le débridement seul peut ici, comme dans toutes les autres collections purulentes, délivrer le malade de ses cruelles souffrances.

Du reste, ce débridement, qui ne diffère que par le mode opératoire, offrira, comme dans toutes les autres régions du corps, d'autant plus d'opportunité qu'il sera pratiqué plus tôt.

Vouloir attendre serait exposer le patient à la périostite dentaire et à toutes ses funestes conséquences : fluxions, abcès de la gencive, décollement de la muqueuse et fistules, toutes lésions qui réclament impérieusement l'avulsion de la dent.

Une fois la perforation de la dent pratiquée, il ne reste plus qu'à détruire par les caustiques les fragments de pulpe



qui ont pu résister à la violence du mal, et obturer la dent par les procédés usuels.

Je terminerai ces considérations de pathologie dentaire par l'observation qui m'a suggéré l'idée de rédiger cet article. J'aurai ainsi tracé l'histoire à peu près complète d'un genre d'altération qui était loin d'avoir reçu, dans les traités spéciaux même les plus récents, tous les développements qu'il comporte.

**OBSERVATION.** — *Usure générale des dents. — Suppuration de la pulpe d'une grande incisive. — Traitement par la perforation de la dent. — Obturation et guérison.*

M<sup>me</sup> F... G..., âgée de 45 ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, vient me consulter dans le mois de juillet pour une névralgie dentaire qui semble avoir mis en défaut toutes les ressources de la thérapeutique. Depuis environ deux ans, toutes les dents de cette pauvre femme la font horriblement souffrir. Elle en a déjà fait arracher quatre, toutes exemptes de carie, pour remédier à cette névralgie opiniâtre, et malgré une telle mutilation, l'agacement général, les douleurs sourdes n'ont pas cessé de tourmenter la malade.

J'examine avec soin les deux arcades dentaires de cette femme ; les dents qui restent sont toutes plus ou moins usées, malgré leur excellente organisation, et, je l'avoue, je n'aurais guère pu me rendre compte de cette usure, si en faisant fermer la bouche, je n'avais constaté la particularité suivante :

La mâchoire inférieure, au lieu de passer en arrière de la mâchoire supérieure et de s'entre-croiser, comme les branches d'une paire de ciseaux, lui correspond parfaitement dans toute la partie antérieure.

Evidemment, un tel état de choses n'a pas peu contribué à produire l'usure considérable qu'on remarque sur toutes les incisives. En outre, comme depuis l'extraction des quatre molaires, ces dents sont obligées de remplir en partie le rôle de celles qui manquent, nul doute que ce surcroît de

travail ne soit venu s'ajouter à la cause anatomique pour activer la destruction de la substance dentaire.

Je constate également l'absence de la couronne de la petite incisive gauche supérieure. Il ne reste plus que sa racine dont la cavité est très-douloureuse au contact de la sonde. Je crus avoir ainsi trouvé la cause des souffrances de cette pauvre femme, et je cherchai aussitôt à détruire, par l'introduction d'un excavateur, les fragments de pulpe qui pouvaient séjourner dans le conduit radiculaire ; je fis ensuite un pansement avec une mixture calmante.

Le lendemain, la malade accuse avoir autant souffert que les jours précédents, et elle m'assure que son mal ne provenait pas de la racine, mais bien de la dent voisine. Connaissant les fausses sensations que la douleur nous fait souvent éprouver et les méprises nombreuses qu'elle fait commettre tous les jours dans l'extraction des dents, j'avais bien peine à croire les assertions de ma cliente. Cependant, en y regardant de plus près, je vis, en effet, que cette dent était plus usée et plus douloureuse que les autres au contact du stylet ; le liseré gingival était légèrement boursoufflé, et la coloration de la couronne était terne grisâtre. Je compris bien vite à quoi j'avais affaire et, sans plus tarder, je pratiquai, à l'aide d'un perforateur, une ouverture dans la cavité de la dent. A peine mon instrument avait-il pénétré que des gouttelettes d'un pus fétide, s'écoulant de l'orifice, vinrent, à ma grande satisfaction, confirmer mon diagnostic et soulager la malade. C'était bien une suppuration de la pulpe due à la violence de l'inflammation.

Le lendemain, j'enlevai tous les détritres qui résultaient de sa désorganisation, et trois jours après, je pus, avec un plein succès, obturer la dent de cette malade. Mais en la quittant, j'avais soin de la prévenir que nous serions peut-être obligé de recourir aux mêmes moyens pour les dents voisines. Cet avis parut, du reste, très-peu la satisfaire.

---

## CAS DE PELLAGRE.

Par M. HORAND, interne des hôpitaux.

*(Observation lue à la Société des sciences médicales.)*

Euphrasine P..., âgée de 27 ans, ouvrière en soie, née à Saint-Savin (Isère), domiciliée à Lyon, entre le 10 juillet 1865 à l'Hôtel-Dieu, dans la salle de clinique médicale (service de M. le professeur Teissier).

Cette jeune fille est de taille moyenne, bien conformée, et présente l'habitus extérieur du tempérament lymphatique.

Interrogée sur sa famille et ses antécédents, voici ce qu'elle raconte :

Son père et sa mère sont bien portants et n'ont jamais été affectés de la maladie dont elle est atteinte aujourd'hui. Son frère et sa sœur jouissent également d'une bonne santé.

Dans son enfance, elle eut souvent mal aux yeux, et depuis, ces organes ont toujours été le siège de quelque lésion plus ou moins intense. Jusqu'à l'âge de 14 ans, elle fut affectée d'un impétigo du cuir chevelu, de croûtes dans le nez, de coliques fréquentes, et plusieurs fois elle remarqua dans ses selles des vers intestinaux.

Elle fut réglée à 15 ans, et la menstruation a toujours été régulière, peu abondante, jusqu'au mois de décembre dernier.

A 16 ans, elle apprit l'état de tisseuse et dès lors ne s'occupa plus que de temps en temps, des travaux de la campagne.

A 21 ans, elle eut un enfant. La grossesse fut bonne. L'enfant était du sexe féminin, bien conformé, et ne vécut que 15 jours. L'accouchement avait été naturel. Les suites de couches furent des plus simples, et la malade se leva dès le lendemain de l'accouchement.

Ce fut alors qu'elle quitta ses parents et vint à Lyon, où elle habite depuis quatre ans et demi environ.

Lorsqu'elle vint dans cette ville, elle était bien portante,

seulement elle avait souvent mal aux yeux et au nez. Placée en qualité de tisseuse dans un atelier où elle était bien nourrie et bien logée, elle a joui d'une parfaite santé pendant deux ans et demi.

L'invasion de la maladie actuelle remonte donc à deux ans et ne reconnaît aucune cause appréciable.

A plusieurs reprises différentes, nous nous sommes informés auprès de la malade si, chez ses parents ou à Lyon, elle avait fait usage du maïs, et elle nous a toujours répondu négativement.

Les premiers accidents ont été caractérisés par un malaise général, la perte de l'appétit, l'affaiblissement des forces, des vertiges, des douleurs dans la région épigastrique et des élancements dans le côté gauche de la tête.

Ces accidents existèrent seuls pendant plusieurs mois, puis au mois de mai 1864, les pieds et les jambes s'œdématisèrent. L'œdème disparut au bout d'un mois, mais alors il survint de la *diarrhée* avec des *coliques*.

Malgré tous ces malaises, la malade n'a cessé de travailler que depuis les derniers jours du mois de décembre 1864, époque à laquelle les règles se sont supprimées.

Au mois de février 1865, elle se rendit chez ses parents à Saint-Savin. Elle était alors très-faible, ressentait des douleurs lombo-abdominales et avait en même temps de la diarrhée.

Au mois de mars, les pieds et les jambes s'œdématisèrent de nouveau, et l'œdème n'a disparu que depuis trois semaines.

Au mois d'avril, la malade constata à plusieurs reprises différentes le développement de vésicules autour des articulations tibio-tarsiennes, vésicules dont les plus grosses avaient le volume d'une lentille, qui ne duraient que quelques heures et disparaissaient sans fournir aucun suintement, sans laisser aucune trace de leur passage.

C'est également au mois d'avril que se manifesta pour la première fois une éruption sur le dos des mains. Cette éruption fut caractérisée par une plaque érythémateuse de la largeur d'une pièce de cinq francs, accompagnée de gonflement et d'une cuisson assez vive. La rougeur s'étendit peu

à peu sur le dos des doigts et sur le poignet, puis au bout de quelque temps l'épiderme devint noir, se dessécha, se fendilla même en certains points, caractères qu'il a conservés jusqu'à ce jour, comme nous le dirons plus loin.

En même temps aussi, l'épiderme se dessécha sur le bord libre des lèvres qui présenta un liseré noirâtre et des gerçures se produisirent aux commissures labiales.

La malade nous apprend qu'à l'époque où se manifestèrent ces différentes éruptions aux pieds, aux mains et aux lèvres, elle se tenait assise au soleil dans la journée, afin de se réchauffer, portant constamment des bas, mais ayant les mains à découvert jusqu'au-dessus des poignets.

A son entrée à l'Hôtel-Dieu, on constate les symptômes suivants : Perte de l'appétit. Digestions difficiles, s'accompagnant quelquefois de nausées et de renvois. Soif augmentée. Sensation de chaleur dans la bouche. Langue souple, lisse, humide. Selles diarrhéiques. Miction douloureuse.

Ventre souple, sensible au toucher, principalement à l'épigastre et au niveau de la fosse iliaque droite. De plus, lorsque la malade marche, elle éprouve des secousses douloureuses dans l'abdomen.

La vue et l'ouïe sont intactes. L'intelligence est un peu obtuse et la mémoire est affaiblie. La peau a conservé sa sensibilité normale sur toute la surface du corps. De temps en temps, la malade ressent des fourmillements dans les jambes et les pieds. Elle éprouve une grande lassitude, et souvent le soir, il survient un peu de céphalalgie. Les nuits sont mauvaises. Il n'existe pas de fièvre pendant le jour.

On ne trouve rien de particulier à l'auscultation du côté du cœur et des poumons. La malade ne tousse pas et respire librement.

Les lésions cutanées sont caractéristiques. Ainsi, sur le dos des mains, des doigts et sur la région postérieure du poignet, l'épiderme est noirâtre, sec, épais, fendillé. Cette altération est nettement limitée au-dessus de l'articulation radio-carpienne par ce rebord auquel on a donné le nom de manchette pellagreuse et s'accompagne de prurit, mais sans gonflement des parties sous-jacentes. L'épiderme de la face palmaire est intact.

En outre, rougeur à l'angle externe des paupières; blépharite et larmolement; rougeur et légères excoriations à l'entrée des fosses nasales; liseré blanc sur le bord libre de la lèvre inférieure et crasse pellagreuse au niveau des commissures labiales.

Rien de particulier sur les autres parties du corps. On prescrit du vin de quina et un bain sulfureux.

21 juillet. — La desquamation des mains s'est faite en grande partie dans le bain, et la peau, mise à nu par la chute de l'épiderme, a un aspect normal. Il ne reste plus, à proprement parler, que la manchette pellagreuse et les lésions des lèvres et des paupières. La diarrhée et les coliques persistent.

Potion avec sous-nitrate de bismuth, 2 grammes. — Lavement laudanisé.

28 juillet. — Les lésions cutanées ont disparu d'une manière complète, soit sur les mains, soit sur les lèvres et les paupières, mais la diarrhée est toujours intense. Le ventre est un peu ballonné et douloureux au toucher. La malade se plaint de douleurs à l'estomac et dans les reins. Elle est enrouée, ses jambes sont œdématisées, et le soir, il survient de la fièvre.

Potion : sous-nitrate de bismuth, 2 grammes.

Extrait thébaïque, 0,03 »

Lavement avec laudanum, 8 gouttes.

30 juillet. — Pas d'amélioration des troubles digestifs. Dyspnée légère et sans toux. Sonorité au sommet des poumons. Egalité des deux temps de la respiration. Pas de craquements. Œdème du dos des mains.

2 août. — A la visite du matin, on trouve la malade sans connaissance, la face pâle, les mains presque froides, le pouls petit à 120 et dans l'immobilité.

Elle n'est dans cet état que depuis 6 heures du matin, et toute la nuit, elle n'a accusé aucun nouveau malaise.

Deux vésicatoires aux jambes. — Café. — Potion avec extrait de quina, 4 grammes.

Elle succombe à 11 heures du matin.

Autopsie dix-sept heures après la mort. — Il n'existe encore aucun phénomène apparent de décomposition pu-

tride. La face est pâle. Les membres inférieurs et les mains sont un peu œdématisés, mais nulle part la moindre trace d'éruption pellagreuse.

*Cavité crânienne.* — Les méninges ne sont ni adhérentes, ni épaissies. — Les vaisseaux de la pie-mère ne sont point injectés. — Le cervelet et le cerveau sont un peu ramollis, mais sans lésion apparente de la substance cérébrale. Il n'y a ni vascularisation anormale, ni épanchement de sérosité dans les ventricules.

*Cavité thoracique.* — Les plèvres sont saines. Le sommet des poumons renferme quelques tubercules.

Le péricarde est sain. Il contient 100 grammes environ de sérosité citrine. Le cœur est petit.

*Cavité abdominale.* — Il n'existe pas la moindre trace de péritonite. Le péritoine a conservé son aspect translucide, et il n'y a qu'une très-petite quantité de sérosité citrine. Les épiploons et le mésentère n'offrent rien de particulier.

Le volume de la rate et des reins est plus petit qu'à l'état normal. Toutefois le tissu de ces organes paraît sain.

Le foie est un peu hypertrophié, et son tissu présente une coloration jaune générale. — La vésicule biliaire et la bile n'offrent rien de particulier.

L'utérus et ses annexes sont d'une netteté parfaite, à tel point qu'il serait impossible de dire si cette fille a eu ou non un enfant.

La seule lésion de la muqueuse de l'estomac est une légère vascularisation au niveau du grand cul-de-sac. Le pylore n'offre aucune altération.

Sur le trajet de l'intestin grêle, on remarque à l'extérieur, de distance en distance, des espèces d'étranglements circulaires au niveau desquels la tunique séreuse paraît brune ou rosée. Le gros intestin ne présente sur toute son étendue qu'une seule lésion de ce genre, et c'est à la terminaison de l'S iliaque qu'elle siège.

L'intestin étant incisé dans toute sa longueur, on constate au niveau des étranglements, qui d'ailleurs n'étaient point assez prononcés pour gêner le cours des matières fécales, une ulcération de la muqueuse en forme d'anneau et dont les bords sont nets. Ces ulcérations ont à peu près un cen-

timètre de largeur. Celle de l'S iliaque seule présente des bords irréguliers et une largeur de deux centimètres environ. Ce sont ces ulcérations de la muqueuse qui donnent à l'intestin sa coloration brune extérieure, tandis que la teinte rosée est due à des ulcérations cicatrisées. Dans l'intervalle des ulcérations, la muqueuse est saine. Enfin, à la terminaison de l'iléon et seulement dans une petite étendue, on remarque des plaques de Peyer engorgées, mais non ulcérées.

En résumé, la pellagre a été caractérisée chez cette malade : 1° par des troubles digestifs qui se sont montrés dès le début et qui ont persisté pendant toute la durée de la maladie ; 2° par l'érythème des mains, auquel on a donné le nom d'érythème pellagreux ; 3° par des ulcérations de la muqueuse intestinale constatées à l'autopsie et en rapport avec les troubles digestifs observés pendant la vie.

Les symptômes nerveux ont été très-peu marqués, et cela peut s'expliquer par la marche rapide de la maladie chez cette malade.

Enfin, si l'on cherche la cause de la pellagre chez cette jeune fille, on voit qu'elle ne peut être attribuée ni à l'insolation, ni à l'usage du maïs, ni à l'effet particulier et endémique du sol, et qu'elle doit être considérée comme le résultat d'une cachexie spéciale.

---

#### DE LA DOUCHE OCULAIRE EN OPHTHALMOTHÉRAPIE.

Par le docteur LÉON RIEUX, ancien interne lauréat  
des hôpitaux de Paris.

Voir le numéro de juillet.)

---

OBSERVATION I. — *Conjonctivite purulente de l'œil gauche.*  
— *Photophobie.* — *Douche hydro-minérale.* — *Eau d'Uriage.* — *Guérison en sept jours.*

M. A... D..., âgé de 22 ans, cheveux blonds, tempérament lymphatico-nerveux, engorgement des glandes sous-maxillaires du côté droit.



Ce jeune homme était atteint, depuis trois semaines environ, d'une maladie de l'œil gauche, pour laquelle un confrère avait déjà employé sans résultat les collyres et la cautérisation des paupières. Impatienté de ne trouver aucun changement dans sa position, ce malade s'est présenté à ma consultation, et j'ai constaté l'état suivant :

15 mai 1861. — Tuméfaction énorme et teinte violacée de la paupière supérieure de l'œil gauche. Pression extrêmement douloureuse. La paupière inférieure disparaît littéralement sous la supérieure. — Cils durs et encroûtés. — Suppuration assez abondante. On parvient avec beaucoup de peine à entr'ouvrir les paupières, et je note un chémosis conjonctival très-prononcé en haut. — Cornée saine. — Photophobie intense.

Je prescris deux douches par jour avec de l'eau d'Uriage. — Un litre par douche. — Point de collyre. — Le malade accuse une légère cuisson pendant l'opération.

16 mai. — La paupière a diminué de volume; elle est plus libre dans ses mouvements. — La nuit a été très-bonne.

Même prescription qu'hier. — L'eau minérale est mieux supportée.

17. Les cils sont déjà plus facilement débarrassés des mucosités desséchées qu'ils emprisonnent. — Le chémosis semble moins considérable. — La douleur photophobique qui tourmentait constamment le malade paraît beaucoup moins vive depuis la suppression du bandeau.

Tolérance parfaite des douches.

18, 19, 20. — La suppuration diminue de jour en jour. On continue les irrigations deux fois par jour sans addition de collyre.

Alimentation substantielle. — Deux cuillerées d'huile de foie de morue. — Tisane de houblon.

22 mai, c'est-à-dire après sept jours de traitement, ce jeune homme se trouve si bien qu'il se considère comme guéri et reprend ses occupations.

Cette observation démontre parfaitement l'efficacité thérapeutique de la douche avec les eaux minérales d'Uriage,

puisque, en quelques jours, elles ont pu débarrasser un malade d'une conjonctivite purulente qui avait résisté pendant trois semaines aux collyres et aux cautérisations. Il est vrai que l'on peut trouver la raison de l'insuffisance et de l'entière innocuité des cautérisations dans ce fait que la muqueuse palpébrale n'est jamais complètement dépouillée par les lavages ordinaires de la matière purulente sécrétée ou des produits pseudo-membraneux qui peuvent la recouvrir.

Le cas suivant a trait à une de ces ophthalmies moins graves assurément, mais souvent plus longues à guérir que la précédente.

**OBS. II. — Ophthalmie papuleuse de l'œil droit. — Photophobie. — Traitement par les douches d'eau de Challes. — Guérison en douze jours.**

M. V... M..., âgé de 19 ans, demeurant habituellement à Moulins, d'une constitution scrofuleuse, souffrant depuis un an d'une ophthalmie accompagnée de photophobie intense. — Bonnes conditions hygiéniques.

*Etat actuel.* — Adénite sous-maxillaire. — Paupières de l'œil droit légèrement tuméfiées. — Chaque matin, elles sont collées par une sécrétion muco-purulente. La muqueuse palpébrale est fortement injectée, surtout à la partie inférieure. Près de la cornée qui paraît intacte, à un millimètre environ de son côté externe, se voit depuis quinze jours une papule de la grosseur d'une lentille. Elle est blanche et recouverte par une quantité de vaisseaux qui, partant de la papule, se dirigent vers la commissure externe de l'œil en formant un pinceau triangulaire. — Photophobie assez vive. — Douleurs sus-orbitaires violentes, surtout au coucher du soleil.

*Traitement.* — Deux douches par jour avec l'eau de Challes. — Un litre chaque fois. — Point de collyre. — Tisane de houblon. — Vin pur aux repas. — Nourriture substantielle. — La réaction a été vive et rapide. — Pendant les deux premiers jours, le malade s'est plaint d'un picote-

ment dans l'œil douché, puis toute espèce de malaise a cessé, et il y a eu parfaite tolérance.

La sécrétion muco-purulente a disparu d'abord; puis l'injection vasculaire a été moins apparente. Bientôt la papule s'est atrophiée de telle sorte qu'après 24 douches, ce jeune homme a été complètement guéri d'une affection qui, depuis un an, inquiétait vivement ses parents par sa ténacité et sa marche envahissante.

Comme dans l'observation qui précède, M. M... a accusé un léger picotement pendant les premières irrigations; mais, à l'exception de quelques eaux fortement sulfureuses, la sensation occasionnée par la pénétration de l'eau minérale dans les yeux n'est pas plus vive que celle produite par l'eau de puits. Je puis même dire plus, c'est que l'emploi des douches alcalines avec les eaux de Vichy, Evian et Sail-les-Bains a été très-bien supporté par les malades.

*Obs. III. — Ophthalmie scrofuleuse et tache de la cornée de l'œil droit. — Traitement par les douches d'eau de Vichy. — Guérison en 14 jours.*

La nommée F..., âgée de 8 ans, tempérament lymphatico-nerveux, débilitée par une alimentation insuffisante, souffre depuis trois semaines de douleurs si vives dans l'œil droit qu'elle a perdu peu à peu le sommeil et l'appétit. — Cette petite fille, qui habite rue Casimir-Périer, m'est amenée le 7 mars 1863 par sa mère qui est au désespoir de cette fâcheuse situation.

L'œil droit présente les altérations qui suivent : La sclérotique est très-rouge, parsemée qu'elle est de vaisseaux fortement injectés. — La cornée a perdu un peu de transparence. On distingue sur sa surface une tache blanchâtre et légèrement ombiliquée, occupant le tiers interne de sa circonférence. Les cils remplis de mucosités sont réunis en pinces triangulaires et irritent sans cesse, par leur contact, le globe oculaire vers lequel ils sont renversés. Photophobie assez intense. Contraction considérable de la pupille.

*L'œil gauche* est à l'état normal.

*Traitement.* — Une douche matin et soir avec de l'eau de Vichy. — Deux litres par jour. — Collyre au sulfate de zinc (0,05 pour 30 grammes d'eau distillée). — Deux cuillerées d'huile de foie de morue par jour. — Deux cuillerées de vin de quina au vin d'Espagne. — Viandes noires peu cuites.

8 mars. — Cette enfant, qui a été très-pénible pendant l'opération, a passé une assez bonne nuit. Elle ouvre le matin l'œil avec moins de peine. — On supprime le bandeau qu'elle n'avait pas quitté depuis longtemps.

*Ut supra.* — Deux douches et quelques gouttes du collyre.

9. La photophobie est moindre. — La douche a été donnée hier au soir sans difficulté, grâce à la promesse d'une jolie poupée. — Le sommeil et l'appétit reviennent.

Même traitement.

10. L'œil se trouve déjà dans un état bien plus satisfaisant. — L'injection a diminué. — Une partie de la lymphe plastique épanchée entre les lames de la cornée est résorbée.

On continue toujours les douches, le collyre et la médication générale.

11. L'enfant est toute joyeuse de pouvoir reconnaître avec l'œil malade tous les objets qu'on lui présente. L'appétit est excellent, et la douche hydro-minérale est reçue maintenant sans aucune plainte.

15. L'œil gauche, qui avait été épargné, a été pris dans la journée, sans cause appréciable, de rougeur et de photophobie. — Les paupières ont été collées au réveil. — Deux douches hydro-minérales.

16. L'œil droit va de mieux en mieux, mais le gauche est injecté et continue à être douloureux. — Pendant la nuit, il y a eu sécrétion abondante de muco-pus.

17. La sécrétion est supprimée ; il ne reste plus qu'un peu de rougeur. — Trois douches. — Point de collyre.

18. Guérison de l'œil gauche. — L'œil droit va aussi bien que possible. — La tache de la cornée a fait place à une teinte nébuleuse peu marquée en dehors de la pupille et ne gênant en rien la vision.

## 20. On cesse complètement l'emploi des douches. •

Ainsi qu'on a pu le remarquer dans l'observation relative à cette jeune enfant, l'œil gauche, qui était à l'état normal au début du traitement, a été malade à son tour. Mais je m'empresse de noter que la méthode ne doit pas être mise en cause dans cette complication; car nous avons garanti de la veine liquide l'œil sain, de manière à prévenir toute inoculation. Du reste, on sait combien ces sortes de phlegmasies, qui passent pour ainsi dire par sympathie d'un œil à l'autre, sont fréquentes chez les sujets scrofuleux.

Cet incident est une preuve qui confirme de nouveau la puissance de la douche oculaire, puisque cette inflammation, prise au début, a été jugulée dans un laps de temps qui n'est pas habituel. L'emploi de l'eau de Vichy n'a été suivi d'aucune douleur. La malade n'a éprouvé que la sensation ordinaire de froid.

A défaut de l'eau de Vichy, j'ai fait souvent usage, et j'ai eu lieu de m'en féliciter, d'une eau alcaline composée dans la proportion suivante :

Bi-carbonate de soude, 2 grammes.

Eau ordinaire, 1,000 id.

Parmi plusieurs faits, je choisis le suivant qui prouvera l'efficacité de ce mélange.

**OBS. IV. — Conjonctivite aiguë datant de quinze jours. —**  
*Traitement par les douches d'eau alcaline à 26°. — Guérison en huit jours.*

L'enfant F..., âgé de 9 ans, fils d'un employé de chemin de fer, tempérament lymphatique, souvent malade, est atteint depuis une quinzaine de jours d'une violente inflammation de l'œil droit. — Les paupières sont tuméfiées et boursoufflées. — La muqueuse palpébrale est injectée de longue date. — Ecoulement purulent qui tient réunis les bords palpébraux. — Photophobie assez vive. — Cornée transparente intacte. — L'œil gauche est à l'état normal.

*Traitement. — 7 mars. Matin et soir, une douche avec la*

solution alcaline indiquée. — Trois litres par jour. — Deux tasses de tisane de *quassia amara*. — Deux cuillerées de vin de quinquina. — Alimentation substantielle. — Collyre au sulfate de zinc.

8. Les paupières ont encore été collées ; mais la lumière solaire n'occasionne plus de douleurs. — Suppression du bandeau et du collyre. — Deux douches d'un litre chaque et à la température de 26°.

9. Le jeune malade, qui a toujours reçu le jet d'eau dans l'œil non-seulement sans se plaindre, mais au contraire en se disant soulagé, se trouve mieux en effet. — La suppuration diminue, et ce matin les cils n'ont pas été agglutinés.

Même traitement jusqu'au 13.

14. L'enfant est guéri. On cesse l'usage des douches. — Il reste encore une légère arborisation vasculaire de la sclérotique, mais elle disparaîtra sous l'influence du traitement général.

Ayant eu l'occasion de passer une saison à l'établissement thermal de Sail-les-Bains, j'ai donné sur place des douches hydro-minérales à deux jeunes filles affectées de phlegmasie oculaire chronique, et j'ai été surpris de la rapidité avec laquelle ces maladies ont cédé à notre médication. — La plus jeune des malades, nommée Ray, habitant le village de Sail, souffrait depuis deux mois environ d'une conjonctivite accompagnée d'une sécrétion purulente tenant continuellement les paupières fermées. — En vingt douches, toute trace d'inflammation suppurative avait cessé. L'observation de la seconde malade est plus importante, et je tiens à en faire connaître les détails.

**OBS. V. — Ophthalmie scrofuleuse double. — Infiltration muco-purulente des cornées. — Guérison en vingt-cinq jours par les douches alcalines de Sail-les-Bains.**

La jeune M..., âgée de 8 ans, résidant à Montaignet, m'a été amenée par ses parents, non pour lui rendre la vue qu'ils croyaient perdue, mais seulement pour arrêter la

suppuration et calmer les souffrances qui, depuis plusieurs mois, devenaient intolérables.

*Etat actuel.* — 24 juillet 1863. Constitution scrofuleuse. — Léger engorgement des ganglions sous-maxillaires. — Depuis six ans, les paupières sont constamment fermées. On ne peut les ouvrir à cause du gonflement, du blépharospasme et de la douleur très-vive dont se plaint cette jeune fille. Du reste, au dire de son père, elle ne distingue rien et ne peut se conduire elle-même.

Je donne sur les deux yeux une forte douche avec l'eau minérale de Sail, source des Romains, température naturelle de 27 degrés. — Le contact de l'eau alcaline avec l'œil est très-bien supporté par cette enfant qui fait elle-même des efforts pour entr'ouvrir les paupières. — Le soir, une deuxième douche a été administrée. — Point de collyre. — Deux cuillerées de sirop de gentiane. — Alimentation substantielle.

25. — Cette petite malade, qui depuis longtemps avait un sommeil extrêmement agité, a reposé la nuit. Elle prend le matin sa douche avec un véritable plaisir, et encouragée par le bien-être qu'elle lui procure, elle réussit à faire pénétrer entièrement le jet d'eau sous les paupières. Il m'est alors possible d'examiner les yeux à mon aise et de noter des lésions très-graves.

*Oeil droit.* — Vascularisation très-prononcée de la muqueuse oculaire. — Les paupières renversées offrent des granulations épaisses. La cornée, qui a perdu sa transparence, est infiltrée de muco-pus dans sa couche superficielle. Douleur photophobique très-accentuée.

*Oeil gauche.* — Il se trouve dans le même état, à part la cornée qui ne présente qu'une ulcération vers sa partie externe. La vision est abolie du côté droit. — L'œil gauche peut encore compter les doigts.

Trois douches par jour. — Quatre litres d'eau dans chaque œil.

26. — Sommeil paisible. Bon appétit. Plus de bandeau. — La jeune malade, dont le caractère, aigri par les souffrances, était très-pénible, devient gai et aimable, à la grande satisfaction de ses parents.

Même traitement.

27. — L'œil gauche suffit déjà pour la direction de la marche. — Amélioration sensible. — La photophobie a cessé complètement. — Les yeux sont grandement ouverts.

Deux douches seulement de deux litres pour chaque œil.

Du 28 juillet au 15 août, on continue sans interruption les douches matin et soir.

16. — Les granulations ont disparu sans qu'on ait eu besoin de les toucher avec le sulfate de cuivre.

L'injection est bornée à la muqueuse des paupières. — L'ulcération de la cornée gauche est cicatrisée. — La cornée de l'œil droit est moins opaque et semble reprendre un peu de transparence.

Deux douches d'un litre seulement.

19. — L'enfant se promène sans le secours d'une main amie. Elle reconnaît facilement tous les objets qui se trouvent sur son passage. Sa mère se dispose à l'emmener le lendemain.

Les yeux sont entièrement débarrassés de tout symptôme inflammatoire. — On peut considérer l'affection de la cornée gauche comme guérie, car c'est à peine si l'on retrouve la trace de l'ulcération. — Quant à l'œil droit, il est considérablement amélioré. — La cornée ne conserve plus qu'une teinte nuageuse légère qui disparaîtra sous l'influence du temps et d'une médication générale bien entendue.

Dans ces cas d'ophtalmie scrofuleuse, les larmes sont brûlantes et les paupières sécrètent une matière séro ou muco-purulente, irritante, qui, passant à travers la cornée, trouble bientôt sa transparence et donne naissance à la kératite. C'est ce qui a eu lieu dans ce dernier cas où l'on n'avait pu nettoyer suffisamment les yeux. Dans de pareilles conditions, l'expulsion par les douches des liquides ou matériaux septiques, susceptibles d'être absorbés, devient d'une nécessité absolue.

Ne croyant pas opportun de publier tous les détails relatifs aux guérisons opérées par la douche hydro-minérale, je terminerai ce chapitre par un tableau sommaire des seize cas où j'ai employé l'eau minérale, en y comprenant les cinq observations que j'ai déjà fait connaître.



| NOMBRE. | MALADIES.  | LIQUIDES<br>EMPLOYÉS.           | ÂGE DES MALADES. | DURÉE<br>DE LA<br>MALADIE<br>AVANT<br>LES<br>DOUCHES. | DURÉE DU TRAITEMENT ET GUÉRISON. |
|---------|--|---------------------------------|------------------|---|----------------------------------|
| 1       | Ophthalmie purulente<br>sans altération consé-<br>cutive de la cornée. | Eau de Vichy.                   | 4                | 25 jours.   | 10 j.                            |
| 2       |  | Id.                             | 19               | 32 »  | 15 »                             |
| 3       |  | Eau d'Evian.                    | 17               | 15 »  | 16 »                             |
| 4       |  | Eau d'Uriage.                   | 7                | 1 mois.   | 20 »                             |
| 5       |  | Eau de Challes.                 | 10               | 2 »   | 3 »                              |
| 6       | Ophthalmie scrofuleuse<br>avec nuage de la cor-<br>née.                | Id.                             | 9                | 26 jours.   | 12 »                             |
| 7       |  | Id.                             | 19               | 23 »  | 20 »                             |
| 8       |  | Id.                             | 22               | 15 »  | 8 »                              |
| 9       |  | Eau alcaline d'E-<br>vian.      | 18               | 2 mois.   | 23 »                             |
| 10      | Kératite ulcéreuse.  | Eau alcaline ar-<br>tificielle. | 19               | 30 jours.   | 20 »                             |
| 11      | Conjonctivite purulente  | Eau d'Uriage.                   | 22               | 24 jours.   | 7 »                              |
| 12      | Conjonctivite aiguë.   | Eau alcaline ar-<br>tificielle. | 9                | 15 jours.   | 8 »                              |
| 13      | Ophthalmie papuleuse.  | Eau de Challes.                 | 19               | 1 an.   | 12 »                             |
| 14      | Ophthalmie scrofuleuse<br>et tache de la cornée.                       | Eau de Vichy.                   | 8                | 25 jours.   | 14 »                             |
| 15      | Ophthalmie scrofuleuse<br>et infiltration puru-<br>lente des cornées.  | Eau de Sail-les-<br>Bains.      | 8                | 2 ans.  | 25 »                             |
| 16      | Conjonctivite chroniq-<br>ue et opacification d'une<br>cornée.         | Eau chlorurée<br>sodique.       | 9                | 20 jours.   | 18 »                             |

## MALADIES AIGUES.

Une des conséquences les plus remarquables, sans con-  
tredit, de la médication oculaire hydrique, c'est la guérison  
toujours rapide, souvent immédiate de la photophobie. Cha-  
cun sait cependant combien la douleur photophobique est  
parfois vive et tenace, ainsi que le blépharo-spasme et l'é-  
piphora qui l'accompagnent presque constamment.

Le blépharo-spasme devient même quelquefois si intense  
que, malgré tous les efforts, je ne dirai pas des malades,  
mais des assistants, il est impossible d'entr'ouvrir les pau-  
pières, à cause de la violence de contraction du muscle  
orbiculaire.

Signalons rapidement les recherches étiologiques faites sur ce phénomène qui se rattache à l'histoire de la douche oculaire. Les opinions des auteurs sont très-variées sur ce point. Ainsi, les uns ont attribué la photophobie à la conjonctivite, les autres à la choroïdite. Auguste Bérard envisageait ce symptôme comme un signe de l'inflammation du cercle ciliaire (cyclite). M. Velpeau reconnaît toujours chez les photophobes une ulcération de la cornée. M. Sichel dit qu'il y a sclérotite quand il y a photophobie. M. Mackensie explique la photophobie, le blépharo-spasme et l'épiphora par la sympathie nerveuse que le nerf lacrymal établit entre la glande lacrymale, la conjonctive et le muscle orbiculaire des paupières auxquels il se rend.

Il est difficile de discerner la vérité au milieu d'un tel conflit d'opinions. Si l'on peut dire, sans crainte d'induire en erreur, que la photophobie se rencontre séparément dans la conjonctivite, la cyclite, la choroïdite, la sclérotite, ou dans ces affections réunies sur un même sujet, l'observation prouve aussi avec M. Velpeau que dix fois sur quatorze au moins, il existe dans les cas de photophobie une ulcération de la cornée,

J'ajouterai que l'on constate souvent aussi, à la surface de l'œil, un travail d'absorption de liquides étrangers à l'économie, tels que la sérosité citrine, le muco-pus et le pus. Ce passage douloureux des produits septiques à travers les lames de la cornée n'a pas lieu par absorption vasculaire, car les lames de la cornée transparente sont privées de vaisseaux et, par conséquent, des éléments ordinaires de l'organisation, mais c'est par un phénomène d'imbibition que le fait se produit, et pour que le courant endosmotique puisse s'établir entre deux liquides, humeur aqueuse et larmes, ou bien humeur aqueuse et pus, séparés par une membrane perméable, la cornée, il suffit en réalité d'une différence légère dans la proportion de leurs sels consécutifs.

C'est ce qu'a prouvé d'une façon péremptoire M. le professeur Gosselin dans une note intéressante qu'il a lue à l'Académie de médecine (7 août 1853) sur le trajet intra-oculaire des liquides absorbés à la surface de l'œil. Il a démontré :

1° Que l'iodure de potassium, par exemple, absorbé à la surface de l'œil, passait dans la cornée et dans l'humeur aqueuse, où l'on commençait à le retrouver au bout de deux minutes, et séjournait dans cette dernière pendant 20 à 30 minutes, avant que la circulation puisse en avoir apporté une quantité appréciable;

2° Que les autres parties de l'œil, et particulièrement le corps vitré, la sclérotique et la choroïde, en recevaient plus tard que la cornée et l'humeur aqueuse;

3° Que l'humeur aqueuse retenait pendant plus longtemps que les autres éléments de l'œil la substance absorbée.

Si je m'arrête avec complaisance sur ces expériences, c'est qu'il nous a semblé que la déduction qu'on en pouvait tirer nous donnait la raison de la promptitude avec laquelle cédait la photophobie, par suite de notre médication. En effet, l'eau de la douche mêlée aux larmes dont elle neutralise le principe irritant, expulsant les matériaux septiques disposés pour l'absorption, passe à travers les lames de la cornée et va produire une sédation bienfaisante. De plus, par une réaction rapide, elle porte à la périphérie de l'œil le sang qui congestionnait les parties profondes de cet organe. La douche oculaire, ainsi interprétée dans ses effets, détruit donc les causes énoncées et probables de la photophobie.

Qu'advient-il, au contraire, par le traitement de la cautérisation, par exemple? Si l'œil déjà douloureux par la présence de liquides irritants et par la congestion sanguine profonde, se trouve mis en contact avec un caustique quelconque, il en résulte immédiatement pour lui un surcroît momentané de douleurs, et parfois même le bléro-spasme, qui devient alors la conséquence directe du traitement.

Si les causes de la photophobie ont engendré des explications si diverses, la difficulté de la vaincre a fait naître aussi une foule de moyens qui n'ont pas toujours été couronnés de succès. Il suffit, pour s'en convaincre, d'énumérer les nombreux procédés qui ont été et qui sont encore employés. — En première ligne, nous trouvons les cautérisations avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre, le sulfate de zinc, puis les émissions sanguines, l'opium, la belladone, le calomel, le nitrate de potasse, la ciguë, le chlorhydrate

de baryte, la véraltrine, l'alun, le camphre, l'onguent napolitain, l'acide hydrocyanique, les collyres de toute sorte au sulfate de zinc, au nitrate d'argent, au safran, le séton, les vésicatoires, l'huile de cade, etc. Je n'en finirais pas vraiment si je voulais étaler tout l'arsenal thérapeutique auquel on a eu recours dans cette occurrence; cette énumération, déjà trop longue, donne largement une idée de la résistance qu'offre souvent la photophobie.

Il est donc aussi intéressant pour le médecin que consolant pour le patient de voir, dans les observations qui suivent, avec quelle rapidité a disparu, sous l'influence de la douche, le symptôme si tenace et si douloureux dont nous venons de nous occuper.

Obs. VI. (Hôpital de la Charité; service de M. Berne). — *Photophobie très-intense avec blépharo-spasme datant de cinq semaines. — Guérison immédiate par les douches oculaires.* — (Recueillie par M. Hénou, interne du service.)

Au n° 32 de la salle St-Philippe se trouve le nommé J... M..., âgé de 7 ans et 6 mois. Il est entré à l'hôpital le 8 mai 1862 pour une affection qui le fait beaucoup souffrir depuis cinq semaines, et dont la description suit :

8 mai. — Eczéma impétigineux couvrant les paupières et s'étendant à presque toute la face. — Blépharo-spasme très-intense empêchant d'ouvrir les yeux et de constater les lésions oculaires. La photophobie est extrême. L'enfant ne peut, même les yeux fermés, tourner la face du côté d'où vient le jour. Les larmes coulent constamment sur la face et excorient les points qu'elles touchent. Etat général assez bon.

Traitement : Huile de foie, pommade d'atropine, vésicatoire à la nuque, bains de pieds salés, mélange tonique, sirop de proto-iodure de fer, vin de Bordeaux, pommade à l'oxyde de zinc sur la face.

18 mai. — Même état. La photophobie persiste à un degré extraordinaire.

Lait de Planche, vésicatoire à la nuque.

23 mai. — Même état. Vésicatoire à la nuque, cautérisation des paupières avec le crayon.

13 juin. — Pas d'amélioration. On commence les douches oculaires.

14. — Le malade commence à entr'ouvrir un peu les yeux. Le soir il distingue les couleurs.

Deux douches.

15. — Le malade ouvre largement l'œil droit. L'œil gauche reste à demi-fermé. Cependant il distingue assez facilement avec cet œil les objets qu'on lui présente.

Deux douches.

16. — L'œil droit est complètement guéri. On ne douche plus que l'œil gauche, dans lequel on constate, à la partie inférieure de la cornée, un faisceau vasculaire assez considérable.

Deux douches.

17. — La rougeur de la conjonctive diminue. L'eczéma des paupières est complètement sec.

Deux douches.

19. — Il ne reste plus qu'un peu d'injection à la partie inférieure de l'œil gauche et un peu d'écoulement mucosopurulent de ce même œil.

Obs. VII (Hôpital de la Charité; service de M. Berne). —

*Conjonctivite purulente double. — Photophobie intense avec blépharo-spasme datant de quatre mois. — Guérison rapide par les douches oculaires. — (Observation recueillie par M. Chambard, interne du service.*

Au n° 17 de la salle Ste-Amélie est couchée la jeune A... R..., enfant de la Charité, entrée le 3 décembre 1861. Comme on le voit par la date de son entrée, cette enfant est depuis longtemps à la Charité. Actuellement elle est âgée de 6 ans. Sa taille est un peu au-dessous de la moyenne de son âge. Elle a le ventre gros, empâté. Sur le cou et la face, on voit de nombreuses traces d'adénites suppurées, des fistules donnant issue à des suppurations osseuses des pommettes.

Le coude et la face dorsale de la main gauche présentent des altérations analogues.

Depuis quatre mois, la malade est couchée à Ste-Amélie. A son entrée, elle avait, outre les points suppurés dont on vient de parler ci-dessus, un eczéma de la face et surtout du pourtour des paupières, une blépharite ciliaire intense avec blépharo-spasme, et une kératite phlycténulaire. Sous l'influence du traitement général (toniques, huile de foie de morue, préparations martiales) et du traitement local (collyre au nitrate d'argent, pommade à l'atropine), la malade a éprouvé des améliorations peu sensibles. Cependant le blépharo-spasme s'est calmé une fois sous l'influence de la pommade à l'atropine.

A mon entrée dans le service le 1<sup>er</sup> mai 1862, la malade est dans l'impossibilité absolue d'ouvrir les yeux. L'eczéma de la face est intense. Il m'est impossible de constater l'état des yeux. La malade pousse des cris dès qu'on s'approche d'elle ou qu'on la tourne du côté de la lumière.

Le 13 juin, M. le docteur Rieux vient dans le service donner ses douches oculaires. La petite malade supporte la douche d'une façon très-indocile. Il faut surtout attribuer ses cris à son peu d'intelligence et à la frayeur ; car la douche n'a rien de *douloureux*. Tous les petits malades s'y sont habitués.

Dès la première séance, un effet très-marqué se produit. L'enfant, qui n'avait pas ouvert les yeux depuis si longtemps, ouvre l'œil gauche, ce qui nous permet de constater l'état suivant : Taie de la cornée en bas, iris présentant de l'irrégularité dans sa pupille en dehors.

14 juin. — Douches oculaires. Le mieux continue. La blépharite ciliaire s'améliore des deux côtés.

15. — Douches oculaires. La malade ouvre les deux yeux, quoique plus difficilement le droit que le gauche. L'état de l'œil droit est, du reste, plus grave que celui de l'autre côté. On voit un staphylôme de la cornée de la grosseur d'un grain de millet placé en bas et en dehors. La chambre antérieure paraît un peu obscure. Le blépharo-spasme est bien diminué.

16. — Douches. Le mieux continue.

17. — Douches. L'eczéma de la face, l'inflammation du bord libre des paupières, la conjonctivite purulente disparaissent.

18. — Il ne reste plus qu'un peu d'œdème de la paupière supérieure droite. — Douches.

19 et 20 juin. = Douches.

24. — Actuellement la malade n'a plus de blépharospasme. Elle y voit d'une manière très-satisfaisante pour l'état des deux cornées, dont les altérations anciennes laissent peu d'espoir de guérison ; mais je crois que, dans ce cas, la douche oculaire a rendu un grand service à cette pauvre enfant, condamnée depuis de longs mois à l'obscurité et au séjour au lit.

Aujourd'hui elle traverse la cour en plein soleil et sans sourciller.

Que peut-on ajouter au récit de ces deux faits qui se sont passés sous les yeux du chirurgien-major et des sœurs de l'hospice de la Charité, et qui ont été recueillis, sans système préconçu, par des internes pleins de mérite. Rien, si ce n'est cependant l'expression d'un regret : celui de voir si peu répandu encore un moyen doué d'une puissance thérapeutique aussi marquée.

Les effets réparateurs et immédiats de l'hydrothérapie oculaire ressortiront également avec évidence des observations que je vais continuer de rapporter.

OBS. VIII (Hôtel-Dieu ; service de M. le docteur Delore). — *Conjonctivite purulente. — Opacité et photophobie de l'œil droit. — Traitement par les douches d'eau froide. — Guérison en 17 jours.* — (Recueillie par M. Presgol, interne du service.

Au n° 49 de la salle St-Sacerdos se trouve un jeune homme âgé de 18 ans, au teint pâle, à la constitution scrofuleuse.

En 1856 il a eu, dit-il, les yeux rouges et gonflés pendant deux années consécutives.

Il est entré à l'Hôtel-Dieu dans le courant d'avril dernier,

mais ses yeux étaient déjà malades depuis le mois de février. Le traitement auquel M. Delore a eu recours depuis quinze jours n'a pu encore vaincre la douleur photophobique dont se plaint ce malade. On essaie alors la méthode des douches oculaires de MM. Chassaignac et Rieux.

4 mai. — Etat des yeux au moment de l'expérimentation de l'hydrothérapie.

Les deux yeux sont cachés jour et nuit sous d'épais bandeaux. On les entr'ouvre avec difficulté pour constater les lésions suivantes :

*Oeil droit.* — La muqueuse oculo-palpébrale est vivement injectée et de couleur rouge brique. Les cils sont agglutinés chaque matin. Dans le tiers inférieur de la surface de la cornée existe un petit épanchement d'une teinte opaline et paraissant remonter à une date reculée. Photophobie douloureuse accompagnée de blépharo-spasme. Impossibilité de lire.

*Oeil gauche.* — Conjonctivite simple sans altération de la cornée. M. le docteur Rieux donne lui-même deux douches d'eau froide de trois litres par œil. Point de collyre.

5 mai. — La nuit a été très-bonne. Le malade a bien supporté l'introduction de l'eau dans les deux yeux. Ce matin, les paupières ne sont pas collées. L'impression de la lumière est un peu moins vive.

*Traitement.* — Suppression des bandeaux, deux douches, deux cuillerées d'huile de foie de morue.

6 mai. — Amélioration très-sensible. Les symptômes locaux physiologiques, comme la douleur, la photophobie et le larmolement ont considérablement perdu de leur intensité. La cornée de l'œil droit conserve toujours sa teinte nuageuse. — Même traitement. On instille quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent.

7 mai. — Ce petit malade reçoit les douches avec une telle satisfaction qu'on le présente comme modèle à tous les récalcitrants. Il commence à pouvoir lire avec son œil droit. Les bords palpébraux ne sont plus collés au réveil. Toute suppuration a cessé.

Même traitement. — Quelques gouttes du collyre au nitrate d'argent.



8 mai. — La teinte opaline de la cornée de l'œil droit s'efface un peu. On distingue aisément la pupille qui n'est pas aussi dilatée que du côté gauche.

Excellent appétit et bonne gaité.

Suppression du collyre.

Du 8 au 20 mai. — On continue matin et soir l'emploi des douches d'eau froide.

Maintenant, c'est-à-dire après trente-quatre douches, les yeux peuvent être considérés comme guéris. Les paupières sont à l'état normal, et l'opacité de la cornée a totalement disparu.

Dans ces cas d'ophthalmie compliquée de douleur photophobique et par suite de chaleur continue du globe oculaire, l'abaissement de température de l'eau est bien toléré par l'œil qui se complait, pour ainsi dire, sous la douche tant que celle-ci soustrait le calorique inflammatoire.

Le jeune et regretté Presgol, enlevé à ses amis par une mort prématurée, avait recueilli dans le service de M. Delore cette observation, ainsi que plusieurs autres remarquables à plus d'un titre. Comme il avait emporté ses notes au début de sa maladie, je n'ai pas cru, par un motif de convenance, devoir les réclamer à sa famille. Il m'a été facile, du reste, de combler cette lacune par la publication d'autres faits qui n'ont pas une valeur moindre, ainsi que le lecteur pourra en juger par l'histoire de la malade suivante :

Obs. IX (Hôtel-Dieu ; service de M. Desgranges). — *Ophthalmie scrofuleuse*. — *Cornées nuageuses*. — *Photophobie et blépharo-spasme*. — *Guérison rapide par les douches d'eau froide*.

Au n° 90 de la salle St-Paul est couchée la nommée A... G..., âgée de 16 ans, apprentie dévideuse, demeurant à Condrieu.

*Commémoratifs*. — Cette jeune fille, qui a tous les attributs du tempérament scrofuleux, déclare qu'elle éprouve depuis six mois environ des douleurs extrêmement vives

dans les deux yeux. Elle ne s'est pas trouvée, dit-elle, dans de bonnes conditions hygiéniques ; ainsi la nourriture n'était ni assez abondante, ni assez substantielle. Le local où elle travaillait était un peu humide. Sous ces influences fâcheuses, les glandes du cou se sont engorgées et la menstruation est devenue irrégulière.

Depuis le 30 avril, jour de son entrée à l'hôpital, cette jeune fille se plaint d'une photophobie très-intense. Sa manière d'être confirme, en effet, sa déposition. Quoique les yeux soient déjà couverts d'un épais bandeau, elle porte constamment la main sur eux dans l'intention de les soustraire le plus possible à l'action de la lumière, et dès qu'on cherche à entr'ouvrir les paupières, elles pleurent à chaudes larmes. M. Desgranges, en me confiant cette jeune malade, me dit que le traitement qu'il lui avait prescrit depuis douze jours n'avait produit aucune amélioration notable et que si je parvenais à la guérir avec les douches, je ferais une belle cure.

Avant de soumettre la jeune G... au système hydrothérapique, j'ai constaté l'état suivant de ses yeux.

15 mai. — Bouffissure et rougeur des paupières qui sont renversées en dedans. Les cils sont très-longs et remplis de muco-pus desséché. Vascularisation pathologique de toute la muqueuse oculaire. Les cornées sont nuageuses. Celle du côté droit surtout présente un épanchement interlamellaire qui paraît superficiel et qui occupe son tiers externe. La photophobie est accompagnée de blépharo-spasme.

*Traitement.* — Deux douches d'eau froide, huile de foie de morue, vin de quinquina.

Cette malade s'est tellement débattue pendant l'opération qu'elle n'a pu recevoir qu'une douche imparfaite et de courte durée. Celle du soir a été plus profitable.

16 mai. — Les bandeaux sont enlevés. Les yeux paraissent moins impressionnés par la lumière.

Même traitement. — L'eau froide est mieux supportée. Le soir, les yeux ont été largement baignés par la douche.

17 mai. — La douleur photophobique est beaucoup moins vive depuis ces lavages. — Les nuits sont très-bonnes. — Les cils se nettoient plus facilement.

Même traitement.

18. — Absence complète de sécrétion irritante dans les yeux, qui sont grandement ouverts. Les douches, dont la durée est de quatre minutes environ pour chaque œil, sont suivies d'une réaction vasculaire très-prompte.

20. — La cornée de l'œil gauche reprend sa transparence. La malade commence à déchiffrer quelques mots. Elle se promène, du reste, toute seule dans la salle.

On continue le même traitement.

25. — L'épanchement interlamellaire, qui occupait le tiers externe de la cornée de l'œil droit, est presque entièrement résorbé.

30 mai. — La malade a pris de l'embonpoint. Son visage est coloré. Les yeux sont guéris. La cornée de l'œil gauche a repris toute sa transparence; celle de l'œil droit n'offre plus qu'une tache légère parfaitement compatible avec l'exercice de la vision.

Si cette jeune fille a fait un séjour d'un mois et demi à l'hôpital, ce n'est pas qu'elle n'eût pu sortir plus tôt, car la photophobie, qui était si douloureuse, a cessé promptement, ainsi que la sécrétion purulente qui emprisonnait les cils. L'infiltration séro-purulente a également été résorbée dans un laps de temps très-court, mais les sœurs, qui avaient pris cette intéressante enfant en affection, étaient bien aises d'utiliser un peu ses services pour la distribution des vivres.

J'ai administré matin et soir, avec M. Guy (Ulrich), élève de l'Hôtel-Dieu, des douches à ces deux malades, en présence de quelques médecins de l'Hôtel-Dieu et de praticiens distingués de la ville, entre autres MM. Foltz et Keisser, qui ont bien voulu assister à quelques séances pour se rendre un compte exact du procédé opératoire.

M. le docteur Ollier, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, a eu dernièrement dans son service, au n° 112 de la salle St-Louis, un Piémontais, nommé Garda, atteint de conjonctivite purulente double compliquée de blépharo-spasme. Traité par les douches oculaires simples, en cinq jours, ce malade est sorti guéri de l'hôpital.

J'ai douché moi-même, dans l'espace de trois mois, près de soixante malades, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à l'hospice de la Charité, et je puis donner l'assurance que, sur ce chiffre, 30 atteints de conjonctivite purulente, de kératite, d'ophtalmie scrofuleuse (1), et d'opacité récente de la cornée, sont sortis guéris ou en bonne voie de guérison. Sur les dix autres qui ont dû cesser la médication, quatre, à raison de leur âge avancé, se trouvaient dans de mauvaises conditions de réussite, et six avaient accusé des douleurs trop vives pour continuer l'usage de l'eau froide.

Je crois superflu d'insérer dans ce mémoire ces diverses observations. Celles que j'ai rapportées déjà sont en assez grand nombre pour faire comprendre le mode d'action de la douche dans ces différentes variétés de phlegmasie oculaire.

## SOCIÉTÉS SAVANTES DE LYON.

### SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

PRÉSIDENTE DE M. BONDET.

*Compte-rendu des séances de la Société pendant le trimestre d'avril 1865.*

(Extrait des procès-verbaux de la Société.)

*Chenilles de tinéa. — Absès urinaires. — Huile éthérée de fougères dans le traitement du tœnia. — Môle vésiculeuse. — Empoisonnement par le phosphore. — Tumeur myéloïde du maxillaire supérieur. — Nécrose du tibia.*

— *Larves d'Elophilus.* — M. LORTET présente des larves rendues vivantes au nombre de 25 à 30 par un enfant de 13

(1) Si le lecteur veut bien étudier les effets remarquables de notre médication dans les cas d'ophtalmie scrofuleuse, je l'engage à consulter l'excellente et récente thèse de M. le docteur Borel, ancien interne distingué des hôpitaux de Lyon.

« *De l'ophtalmie scrofuleuse au point de vue du traitement, par les douches oculaires.* — David Borel, Thèse de Montpellier 1865. »

ans. Ce sont des *larves d'Elophilus*. (Nous publierons prochainement *in extenso* cette remarquable observation.)

— *Larves*.— M. COUTAGNE met sous les yeux de la Société des vers longs de 1 centimètre, blancs, annelés, ne rappelant aucune des espèces connues d'Helminthes du tube digestif. Ils ont été rendus vivants par une petite fille de 3 ans, habituellement bien portante, prise tout à coup et sans cause appréciable de nausées, puis de vomissements abondants, de mucosités blanchâtres, au milieu desquels nageaient les vers présentés à la Société.

— M. PERROUD demande la parole pour donner les détails suivants sur de petits vers blancs rendus par un enfant dans ses vomissements et présentés à la Société par M. Coutagne dans une séance précédente.

Ces vers, dit M. Perroud, longs de 0,005, sont blancs, à tête jaunâtre; ils sont munis de pieds écailleux et de pieds charnus et présentent tous les caractères des larves des lépidoptères ou des chenilles vraies. M. Millière, dont les travaux sur les micro-lépidoptères sont si généralement connus et si justement estimés, a pu préciser davantage et a reconnu dans ces chenilles des chenilles d'une *tinea*; cette manière de voir se trouvait confirmée par le fait suivant: M. Teissier avait renfermé depuis plusieurs jours quelques-uns de ces vers dans une boîte pour les faire examiner; or, en ouvrant cette boîte, il avait vu s'en échapper un petit papillon ayant une grande ressemblance avec la teigne si commune dans nos appartements, et il avait remarqué, adhérent à la paroi, un tuyau vide, preuve évidente que l'insecte avait subi sa transformation dans la boîte elle-même et n'y était pas entré accidentellement.

Cependant les doutes n'étaient pas encore complètement levés au sujet du genre, et il restait encore à trouver le nom de l'espèce. Heureusement, M. Teissier put donner une chenille encore vivante; cette chenille, confiée aux soins de M. Millière, s'est cysallidée le 2 juin et est éclos le 23 juin. Elle a donné naissance à une *tinea crinella* d'une assez belle venue.

M. Perroud fait remarquer, à cette occasion, que les faits d'évacuation de larves d'insectes, soit par les vomissements, soit par les selles, ne sont pas excessivement rares. Hope en a réuni

un grand nombre dans les *transactions de la Société entomologique de Londres*. Le plus souvent ce sont des larves de diptères ou d'hyménoptères qui sont ainsi rendues ; cependant on a signalé aussi l'évacuation de larves de lépidoptères : Hope a donné à ces faits le nom de *skolekiasis*. Depuis, M. Robineau-Desvoidy a communiqué à la Société entomologique de France (séance du 11 février 1849) l'histoire d'une femme hydropique tourmentée depuis quelque temps par de vives douleurs d'estomac, qui ne pouvait supporter que le lait et qui vomit un jour 8 chenilles d'*aglossa pinguinalis*. Linnée a cité aussi plusieurs exemples de chenilles d'*aglossa pinguinalis* rendues vivantes par le vomissement. Ces faits méritent d'être rapprochés de celui qu'a communiqué M. Coutagne, car les *aglossa* sont des papillons nocturnes très-voisins des *tinea*.

M. CHAUVÉAU demande si l'on peut avoir quelques renseignements sur la voie qu'ont suivies ces larves pour entrer dans l'estomac. Peut-être est-ce la malade qui les a introduites volontairement, comme cela se voit assez souvent dans quelques maladies.

M. COUTAGNE ne peut accepter cette supposition, car la malade n'avait que 3 ans ; elle a rendu des larves pendant trois jours. M. Coutagne ignore, du reste, complètement comment elles ont pu s'introduire dans l'estomac.

— M. GAILLETON fait une communication sur un *nouveau mode de traitement de l'ozène et de quelques affections des fosses nasales au moyen de l'irrigation continue*. (Sera publié prochainement.)

— M. BOUCAUD rapporte l'histoire d'un *herpès fébrile de la bouche et de la gorge*. (Voir le *Journal de médecine* du mois d'août.

— *Abcès urinaire. — Rétrécissement. — Uréthrotomie externe et interne.* — M. BRON lit l'observation d'un malade qu'il a traité pour un abcès urinaire produit par un rétrécissement, et qu'il a guéri du même coup et de son abcès et de son rétrécissement par l'incision de l'abcès, immédiatement suivie d'une uréthrotomie externe et d'une uréthrotomie interne.

L'abcès datait de dix jours et avait eu un développement

lent. M. Bron tenta d'abord la dilatation seule, mais sans succès; il ne fit que provoquer un violent accès de fièvre et une augmentation rapide du volume de l'abcès. Alors il se décida à ouvrir la poche, après avoir préalablement introduit dans l'urèthre une balaine de 1 mill.  $\frac{1}{3}$ , qui avait pu franchir le rétrécissement. Au fond de la plaie, il était facile de sentir avec le doigt le canal dur et noueux. M. Bron incisa alors l'urèthre dans sa portion la plus rétrécie et l'ouvrit dans une longueur de 0,008 mill. Et en outre, comme il ne pouvait prolonger suffisamment en avant son incision pour atteindre toutes les parties malades, il acheva son débridement par une espèce d'uréthrotomie interne, au moyen de son uréthrotome introduit dans le canal par la plaie. Après cette triple incision, cautérisation au fer rouge.

Suites de l'opération simples. Guérison de la plaie du périnée au bout de quatorze jours, et cinq semaines après, le malade reprenait ses occupations journalières.

De cette observation, M. Bron conclut qu'en présence d'un abcès urinaire, comme, du reste, d'une infiltration urinaire, le chirurgien doit inciser dans la même séance l'infiltration ou l'abcès et le rétrécissement, lorsque des tentatives de dilatation ont démontré antérieurement qu'il faudrait tôt ou tard recourir à l'uréthrotomie. Si le canal ne présente que des altérations superficielles et peu avancées, le chirurgien doit se borner à l'incision de l'infiltration urinaire ou de l'abcès urinaire, car il peut supposer que l'infiltration de l'urine n'est que la conséquence de petits abcès développés dans les cellules uréthrales qui ont détruit les parois du canal et creusé une ouverture qui a livré passage à l'urine.

M. Bron fait remarquer que les tentatives de dilatation sur un rétrécissement fibreux n'aboutissent le plus souvent qu'à faire naître des accès de fièvre quelquefois de la plus grande gravité.

Il observe, d'autre part, que la transformation fibreuse du tissu spongieux de l'urèthre doit diminuer dans l'espèce les craintes de complication d'infection purulente.

M. Bron conclut donc : 1° que dans tous les cas, il faut

inciser un épanchement urinaire, sous quelque forme qu'il se présente. Si le canal est accessible à la sonde, l'on doit momentanément borner là son opération.

2<sup>o</sup> Si, au contraire, le canal est obstrué, si surtout le rétrécissement envahit toutes les membranes qui se forment et les condensent en un tissu fibreux, il est avantageux d'inciser le rétrécissement en même temps que l'abcès.

*Discussion.* — M. ICARD croit qu'une distinction importante doit être faite entre les abcès urinaires et les infiltrations urinaires. Les abcès urinaires sont bien moins graves, surtout s'ils sont ouverts de bonne heure. La recherche du canal de l'urètre est bien plus laborieuse, bien plus difficile dans l'infiltration urinaire que dans l'abcès urinaire. Et cependant, c'est dans le cas d'abcès urinaire que M. Icard croit qu'il serait préférable de traiter l'abcès d'abord, le rétrécissement ensuite, soit par la dilatation, soit par l'uréthrotomie interne. Pour lui, l'uréthrotomie interne est préférable à l'uréthrotomie externe, dont la gravité doit être attribuée à l'incision du tissu spongieux. Dans les hôpitaux, la mortalité de l'uréthrotomie externe est énorme.

M. BRON admet que, au point de vue pratique, les abcès urinaires et les infiltrations urinaires doivent être confondues, puisque les deux doivent être ouverts. Il ne nie pas que, dans le cas d'infiltration urinaire, il ne soit souvent difficile de trouver l'urètre; l'indication de l'uréthrotomie n'en persiste pas moins pour cela, mais alors le chirurgien fait ce qu'il peut. Enfin, dans le cas d'abcès urinaire, M. Bron est partisan des deux opérations faites dans la même séance, parce qu'il préfère l'uréthrotomie externe à l'uréthrotomie interne, surtout dans le cas de rétrécissement fibreux avancé comme celui dont il s'agissait dans son observation, rétrécissement non-justiciable de la dilatation. Il remarque enfin que la transformation fibreuse atteignant dans les rétrécissements toute l'épaisseur du tissu spongieux, les conséquences fâcheuses de l'incision de ce tissu ne peuvent pas ici être invoquées contre la conduite qu'il cherche à faire prévaloir.

— M. SÉRULLAZ lit une note sur le *traitement du tœnia par l'huile éthérée de fougère mâle*, qu'il croit capable de remplacer avantageusement l'écorce fraîche de racines de grenadier qui est encore le meilleur tœnifuge connu. Pour M. Sérullaz, l'huile éthérée de fougère mâle est préférable



à l'éther pur : 1° parce que l'éther ne peut être respiré ni ingéré impunément ; 2° parce que son action tœnifuge est certainement inférieure.

M. Sérullaz prescrit l'huile éthérée en pilules formulées ainsi :

Huile éthérée de fougère mâle. 2 grammes.

Poudre de fougère mâle. . . . . 2 »

pour 12 ou 24 pilules.

Le lendemain, purger avec l'huile de ricin.

— M. OLLIER rapporte l'histoire d'une opération de *polype naso-pharyngien*.

Cette opération a présenté certaines difficultés dues au volume de la tumeur. Le poids de la masse polypeuse enlevée s'élève à 205 grammes. L'opération a été faite suivant le procédé de M. Ollier.

— Lecture du rapport sur l'identité de la variole et de la vaccine. Cette lecture a eu lieu dans les séances des 10, 17 et 24 mai 1865. (Voir le numéro de juin du *Journal de médecine de Lyon*.)

— M. ROUBY, interne des hôpitaux, met sous les yeux de la Société une pièce de *môle vésiculeuse*, et en lit l'observation. Il s'agit d'une femme de 29 ans, dont chaque coït, depuis sept ans, est suivi d'une perte durant souvent 6 à 8 jours; elle a eu trois grossesses, la première il y a six ans, suivie d'une chute de la matrice qui a persisté trois ans; la deuxième grossesse s'est terminée par un avortement; la dernière n'a rien présenté de particulier.

Cette femme a ses règles le 25 janvier de cette année; le mois de février, après un coït très-douloureux, se déclare une métrorrhagie qui persiste encore le 27 avril, jour de son entrée à l'hôpital. Plusieurs crises hystériques durant cette période de temps.

L'état de cette malade, lors de son entrée à l'Hôtel-Dieu, est le suivant : le ventre a le volume d'une femme enceinte de six mois; l'utérus atteint l'ombilic. Le col est largement ouvert et ramolli dans ses deux tiers inférieurs. Bruit de

souffle placentaire bien marqué au-dessous de l'ombilic. Palpitations, pâleur des téguments, amaigrissement.

Les jours suivants, le ventre continue de grossir, devient très-douloureux à la pression ; l'on peut percevoir le ballotement. Les seins ne sont pas ceux d'une femme enceinte.

Le 11 mai, après des douleurs analogues à celles de l'enfantement, la malade rend une môle vésiculeuse énorme formée par la réunion d'une multitude de petits kystes transparents remplis d'une sérosité limpide, citrine ; caillots abondants, portions placentaires normales ; pas de poche amniotique apparente ; écoulement d'une grande quantité de sang liquide. Dans la journée, il s'écoule plusieurs fois des débris de la môle mélangés à des caillots de sang. Pas d'embryon au milieu des caillots.

Le lendemain, 12 mai, la perte de sang continue seule ; la malade est très-affaiblie.

Le 13 mai, fièvre, 136 pulsations, suppuration de l'ombilic. (Le même phénomène a lieu après chacun de ses accouchements.) L'hémorrhagie a diminué ; quelques vésicules sortent encore.

Aujourd'hui 17, le pouls est à 125 ; fièvre, peau chaude, soif vive ; la métrorrhagie a cessé complètement ; respiration précipitée, diarrhée avec incontinence des matières ; seins douloureux, un peu tuméfiés.

M. PERROUD demande la parole pour rendre compte de l'examen microscopique de la môle ; il établit d'abord qu'il ne s'agit pas ici d'échinocoques ; du reste, le liquide contenu dans les vésicules était albumineux. Ces vésicules avaient pour siège les villosités choriales dilatées, transformées en kystes ; l'on en distinguait de normales comme volume et d'autres atrophiées ; mais les parois de toutes étaient granulo-graisseuses. En outre, les éléments du cordon étaient infiltrés de graisse.

— M. Paul MEYNET lit une observation d'empoisonnement par le phosphore.

L'agent toxique a été l'infusion à froid de deux paquets d'allumettes phosphoriques ordinaires. — Soif vive, vomissements fréquents, liquides jaunâtres ou verdâtres, consti-

pation, douleurs dans le creux épigastrique et l'hypochondre droit, albuminurie; petitesse du pouls, puis céphalalgie, prostration extrême; tels sont les symptômes qui ont précédé la mort, qui arriva le neuvième jour.

On n'observa ici ni la période de rémission, ni les hémorrhagies diverses qui ont quelquefois lieu dans les cas analogues.

L'autopsie montra quelques taches ecchymotiques de la muqueuse stomacale, une hypertrophie excessive du foie atteint de dégénérescence graisseuse, une dégénérescence graisseuse des reins surtout manifeste dans la substance corticale. La même altération se remarquait aussi à un moindre degré dans les fibres musculaires du cœur et même dans les muscles de la vie animale.

— M. LÉON TRIPIER met sous les yeux de la Société une tumeur myéloïde développée dans le maxillaire supérieur droit d'une femme âgée de 29 ans, salle St-Paul, service de M. Ollier.

Vu les difformités qui surviennent après les ablations du maxillaire supérieur par la méthode ordinaire, M. Ollier a un peu modifié le procédé. Au lieu de désarticuler sur la ligne médiane, il a fait une incision oblique de dedans en dehors, venant tomber entre la dent canine et la première petite molaire; de la sorte, il espère, ce qu'il a déjà pu vérifier, conserver la régularité des formes en donnant un soutien à la peau de la joue.

La tumeur est multilobée, d'un blanc jaunâtre, et semble développée dans les aréoles du maxillaire supérieur; car à la coupe, le scalpel est arrêté par des lamelles osseuses plus ou moins incomplètes. Son volume égale celui d'un petit œuf de poule. Elle faisait surtout saillie du côté de la cavité buccale, où l'on trouvait une espèce de champignon englobant la première grosse molaire qui était profondément cariée. Du côté de la joue, la saillie était peu considérable, la pression y était très-bien tolérée; enfin la malade n'avait jamais ressenti de douleurs dans cette partie de la face.

*Examen microscopique.* — Diverses préparations portant sur le liquide obtenu par le râclage de la tumeur dans ses

parties centrales, liquide ressemblant à un suc séro-laiteux, ont montré une quantité considérable d'éléments anatomiques affectant les uns la forme de cellules, les autres celle de noyaux; ceux-ci étaient de beaucoup les plus nombreux. Sphériques, parfois allongés de 0<sup>mm</sup>,003 à 0<sup>mm</sup>,006 et plus de diamètre, à bords dentelés, plus ou moins sombres, ils ne contenaient, pour la plupart, pas de nucléoles, mais seulement quelques fines granulations. — Les éléments à forme de cellules étaient plus ou moins allongés et tendaient à prendre la forme fusiforme, et dès lors l'enveloppe cellulaire serrait de près le noyau. — Dans une forme moins avancée, on remarquait entre la cellule et le noyau une grande quantité de granulations noirâtres. — Enfin le noyau inclus ressemblait tout à fait au noyau libre précédemment décrit. — La substance intercellulaire était semi-transparente et contenait une assez grande quantité de graisse sous forme de fines granulations. — Dans les points avoisinant le périoste, on rencontrait, en outre, de larges plaques auxquelles Robin et Kassikes ont donné le nom de myéloplaxes. — Enfin, sur des coupes, on trouvait tous les éléments énumérés confondus avec une substance fondamentale de nature essentiellement conjonctive, dans tous ses degrés de formation.

Des faits ci-dessus établis, M. Tripier conclut qu'on avait affaire à une tumeur myéloïde dans toute l'acception que lui a donnée Paget, et que la dent cariée avait été la cause des troubles nutritifs survenus dans le maxillaire.

— M. GAYET met sous les yeux de la Société une pièce osseuse retirée de l'extrémité inférieure du tibia d'un jeune homme de 19 ans.

Pendant plusieurs mois, ce malade présenta à la partie inférieure de la jambe un gonflement inflammatoire qui fut bientôt suivi de trajets fistuleux à la partie antérieure de la jambe. Des souffrances nouvelles qu'éprouva le malade, un état fébrile alarmant firent diagnostiquer à M. Gayet un abcès intra-médullaire; en conséquence, il appliqua une couronne de trépan sur la partie antérieure du tibia et en vit sortir un demi-verre de pus. Le soulagement ne fut que

momentané, et le malade fut pris de frissons très-violents, accompagnés de tous les signes de l'infection purulente. Sous l'influence d'une cautérisation au fer rouge, les symptômes graves cèdent ; mais quelques jours après, une nouvelle fistule s'ouvre au côté interne du tibia, et bientôt on peut sentir, à travers les deux fistules, un os entièrement mobile. — Alors M. Gayet réunit les deux fistules et extrait un sequestre d'environ 0,06 à 0,07 de l'extrémité inférieure de la diaphyse, l'articulation restant par conséquent intacte. La cavité qui le contenait était tapissée de bourgeons charnus et de lamelles osseuses plus ou moins larges, lamelles évidemment produites par le périoste qui les recouvrait.

M. Gayet fait enfin remarquer qu'il a pratiqué ici non pas une résection sous-périostée, mais simplement une extraction de sequestre.

Il termine sa communication en donnant lecture d'une note que lui a remise M. Tripier (Léon) sur l'examen du séquestre.

*Caractères macroscopiques* : D'une manière générale, l'os avait augmenté de volume et semblait jouir de très-peu de vitalité ; son tissu était érodé, ulcéré ; en certains points très-rares, il est vrai, on rencontrait des masses molles, pulpeuses, rougeâtres, les unes libres, flottantes, les autres s'insinuant au-dessous de larges plaques osseuses prêtes à tomber ; en d'autres, on voyait des amas d'un pus crémeux, blanchâtre, entièrement semblable à celui qui se trouvait dans le canal médullaire. En allant plus avant dans les parois de l'os, on s'assurait que son tissu était sensiblement raréfié et friable. — Enfin, tout à fait à la partie centrale, se trouvait une cavité complètement vide et dont les parois tapissées çà et là par des amas de pus concret, mais assez régulières, jouissaient des mêmes propriétés que les couches interstitielles.

*Caractères microscopiques* : Différentes préparations portant sur les parties superficielles ont montré une dissolution évidente de la substance osseuse. Les canalicules de Havers étaient agrandis ; plusieurs communiquaient entre eux ; il résultait de là des excavations irrégulières, anfractueuses, quelquefois complètement vides, d'autrefois obstruées par

des plaques de substance fondamentale ayant perdu tous les caractères des portions persistantes, c'est-à-dire sans système de lamelles ni ostéoplastes.

Quant aux parties conservées elles-mêmes, il semblait que les ostéoplastes y étaient légèrement déformés, arrondis; leurs prolongements paraissaient moins évidents, et ceci se remarquait d'autant plus qu'on se rapprochait des espaces vides, où l'on ne distinguait plus que de petites cavités sphériques sans contenu et plus ou moins complètes, ce qui donnait un aspect dentelé en ce point de la préparation.

Les couches interstitielles de l'os, et devenues superficielles par le fait de l'ulcération, ont montré les mêmes lésions; de plus l'envahissement des corpuscules osseux de la substance fondamentale par des granulations graisseuses.

Les masses molles, pulpeuses, rougeâtres, présentaient un aspect différent, suivant le point où on les enlevait. Elles étaient essentiellement composées d'un tissu conjonctif légèrement strié et renfermaient de petites cellules rondes qui ici étaient très-abondantes et pleines de vie, là, au contraire, subissaient la dégénération graisseuse et ressemblaient à ce que l'on est convenu d'appeler globulins. — Enfin, la substance fondamentale était aussi plus molle et plus rare. Quant au pus lui-même, il était arrivé à la période de maturation, et c'est seulement de loin en loin qu'on rencontrait de petites particules d'os atteintes également de dégénération graisseuse et dénuées entièrement de corpuscules osseux et de système de lamelles.

En résumé, on trouvait les lésions de la carie et de la nécrose, lésions reconnaissant manifestement pour cause première l'ostéite.

M. OLLIER, s'appuyant sur les faits cliniques et l'examen microscopique fait par M. Tripier, se croit fondé à admettre deux espèces de sequestre, parfaitement distinctes au point de vue anatomique: l'un produit par la carie, l'autre par la nécrose; le premier contenant encore des parties vivantes, le second étant complètement dénué de vitalité; mais tous deux pouvant résulter de l'ostéite, le processus pathologique différant dans les

deux cas. — Du reste, Gerdy semblait avoir entrevu un pareil résultat. M. Ollier termine en établissant des points de comparaison entre la gangrène des parties molles et du tissu osseux reconnaissant toutes deux pour cause l'inflammation.

---

## REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

---

**Blessure du cou par arme à feu.** — Une discussion des plus intéressantes a eu lieu à la Société de chirurgie sur la conduite à tenir dans un cas de blessure par arme à feu. Voici le fait :

« Deux collégiens en vacances, âgés de 14 à 15 ans, fils d'un médecin de Nantes, s'exerçaient au tir au pistolet. Au moment où l'un d'eux tendait imprudemment à son frère le pistolet tout armé ; le coup est parti et a atteint ce dernier au-dessus de la clavicule droite, à la partie latérale et inférieure du cou. L'enfant est tombé sans perdre connaissance, croyant qu'il avait le bras fracturé. La balle a traversé les vêtements, le muscle sterno-mastoidien, et est allée se perdre dans la profondeur des tissus où elle n'a pu être retrouvée. Des tentatives d'exploration ont amené un jet saccadé de sang rutilant qui a été facilement arrêté par la compression. M. Letenneur, appelé, se borne à des applications de glace.

« Depuis trois jours que l'accident est arrivé, rien d'immédiatement menaçant. Toutefois, dans le voisinage de la plaie, commencent à se manifester les pulsations, le frémissement vibratoire, le susurrus intermittent, tous les signes physiques de la formation d'un anévrisme artérioso-veineux. M. Letenneur crut à une communication entre l'artère sous-clavière, lésée à sa partie interne, et la veine jugulaire interne. Il demande à la Société de chirurgie son opinion sur la conduite à tenir en face des éventualités plus ou moins graves qui peuvent survenir. »

Après quelques réserves faites par M. Larrey sur la difficulté de donner un avis, le malade ne pouvant être vu, la discussion a été ouverte.

M. Lefort trouve que le peu d'intensité des signes donnés par M. Letenneur le fait hésiter à admettre une communication entre deux vaisseaux aussi considérables que la sous-clavière et la jugulaire interne. Dans tous les cas, en supposant l'anévrisme artérioso-veineux, la conduite à tenir est la même. Des cas de ce genre, tout graves qu'ils paraissent, ont pu guérir par la simple expectation. La ligature est hérissée de dangers. Dans une statistique de 150 ligatures de la sous-clavière, tous les opérés sont morts. V. Mott seul a guéri un malade, et il avait lié la vertébrale. Si donc il se produisait une hémorrhagie qui rendit la ligature nécessaire, M. Lefort conseillera de lier en même temps l'artère vertébrale.

M. Richet a vu deux cas de ce genre qui se sont terminés par la guérison sans intervention chirurgicale. Une jeune fille, frappée d'un coup de couteau au-dessus de la clavicule, est transportée à la Pitié. — Paralyse des deux derniers doigts de la main droite; absence complète du pouls dans les artères radiale, humérale, axillaire; gêne extrême de la respiration; absence du bruit respiratoire dans tout le côté droit; expectoration de sang rutilant. — Après quelques semaines, sans autre traitement que des applications de glace, la guérison avait lieu; il n'est resté que la paralyse des doigts.

Dans un autre cas observé dans le service de Bérard, à la suite d'un coup de sabre au-dessus de la clavicule, survint une paralyse de la plupart des nerfs du bras et une tumeur ayant tous les signes d'un anévrisme variqueux. Le malade sortit au bout de plusieurs mois sans autre accident qu'un bruit des plus fatigants dans l'oreille et que le malade comparait à la chute d'une cataracte. — De ces faits, M. Richet conclut que l'expectation est indiquée, que si l'hémorrhagie se produit, il faut seulement alors tenter la ligature et lier les deux bouts du vaisseau.

M. Giraldès pense, contrairement à M. Lefort, qu'une communication entre les gros vaisseaux du cou peut avoir lieu sans signes très-sensibles de l'anévrisme variqueux. Il cite un cas de ce genre où l'autopsie démontre ce fait. — Pour le malade de M. Letenneur, M. Giraldès croit qu'il faut



d'abord déterminer quel est le vaisseau lésé, sous-clavière ou collatérale, puis faire la ligature au-dessus et au-dessous de la plaie.

M. Demarquay se prononce également pour l'abstention ; il croit le conseil de M. Giralès impossible à suivre, et il a vu Blandin, anatomiste si précis, ne pouvoir, dans une blessure de la carotide externe, trouver les deux bouts du vaisseau et être obligé de pratiquer la ligature par la méthode de Hunter.

M. Velpeau pense qu'il ne faut rien faire ; plus tard ; s'il y a lieu, on liera les deux bouts du vaisseau.

M. Verneuil appuie le conseil de M. Velpeau et, en cas d'hémorrhagie, combat vivement la compression. Il faut tout faire pour aller à la source de l'hémorrhagie, car la persistance de l'hémorrhagie, c'est la mort. Il faut, si besoin est, ouvrir une large fenêtre, couper le sterno-mastoïdien et mettre à nu les vaisseaux du cou. L'artère trouvée, il faut la lier au-dessus et au-dessous ; on liera la vertébrale, d'autres encore, s'il le faut.

M. Broca, président, résume le débat. Voici les conclusions transmises à M. Letenneur par dépêche télégraphique :

1<sup>o</sup> Tant qu'il ne surviendra rien de nouveau, continuer l'expectation ;

2<sup>o</sup> Lors même que la formation d'un anévrisme artérioso-veineux deviendrait évidente, ne rien faire davantage ;

3<sup>o</sup> Si une hémorrhagie se manifeste, l'opinion générale est qu'il y a lieu de faire une opération, d'aller à la recherche de l'artère blessée et de la lier au-dessus et au-dessous de la plaie ;

4<sup>o</sup> Si l'artère blessée est la sous-clavière, lier en même temps l'artère vertébrale, soit seule, soit avec la mammaire interne. — (*Société de chirurgie*, séance du 6 septembre 1863.)

Le 13 septembre, M. Letenneur écrivait à la Société que les phénomènes indiqués dans sa première lettre s'étaient peu modifiés, et que l'état général du malade permettait d'espérer la guérison avec un anévrisme artérioso-veineux qui serait probablement persistant.

**Traitement des ascarides.** — M. le docteur W.-A. Smith recommande l'emploi d'un lavement fait avec 8 grammes d'éther sulfurique et environ 123 grammes d'eau. Ce remède, que M. Smith a employé avec succès dans un grand nombre de cas, non-seulement détruit les ascarides, mais encore calme l'irritation réflexe produite par la présence des parasites dans le rectum. — M. Samuel Fowel administre 18 centigrammes de santoline trois soirs de suite, et chaque matin une petite dose de poudre de jalap composée (jalap, crème de tartre et gingembre), et enfin 12 centigrammes de citrate de fer et de quinine, deux ou trois fois par jour. M. le docteur M'Cormac purge d'abord avec parties égales d'huile de castor et d'essence de térébenthine, les doses variant avec l'âge et le sexe. Chaque matin, un lavement avec 8 grammes de sel de cuisine dans 230 grammes d'eau froide. Si ces moyens ne suffisent pas, M. M'Cormac donne un lavement avec 4 grammes de teinture de fer muriaté dans 230 grammes d'eau froide et administre par gouttes, par la bouche, la même quantité de teinture en plusieurs fois dans la journée. — (*The Lancet*, avril, 29.)

**Traitement de la hernie ombilicale,** par M. GUERSANT. — M. Guersant rejette complètement les bandages à ressort, les plus simples comme les plus compliqués. Les ceintures avec des pelottes fixées sur leur milieu ne rendent pas plus de service. Le moyen préféré par l'auteur est l'application d'une simple demi-sphère en cire jaune ou en caoutchouc vulcanisé formant la pelotte, qu'on fixe avec une longue bandelette de sparadrap diachylon gommé appliqué en forme de ceinture ; elle fait une fois et demie le tour du corps et a une largeur de 4 centimètres environ ; elle adhère à la peau et maintient facilement la hernie. La demi-bille de cire doit avoir un volume variable suivant la dimension de l'anneau ; il est nécessaire qu'elle soit plus large que l'ouverture, dans laquelle elle ne doit pas entrer, car alors elle serait plus nuisible qu'utile.

La convexité doit être en rapport avec l'anneau et la partie plate avec la bandelette de sparadrap. Il est bon de saupoudrer les parties en contact avec le bandage de poudre

d'amidon pour prévenir l'érythème. Ce bandage doit rester en place trois ou quatre jours, et chaque fois qu'on enlève, on doit maintenir avec soin la hernie pour éviter sa sortie. Le traitement dure, en moyenne, six semaines à deux mois. (Guersant, *Chirurgie des enfants.*)

**De l'emploi de la poudre de Talc contre la brûlure.** — M. Gouyon a guéri une petite fille de 4 ans qui s'était brûlé la jambe avec de l'eau bouillante, en pansant les plaies avec de la poudre de Talc (silicate de magnésie et d'alumine). Ses avantages, d'après l'auteur, sont d'être douce, inoffensive, de calmer rapidement la douleur et d'être à bas prix (40 cent. le kilog.). M. Gouyon croit cette poudre appelée à rendre de grands services dans le traitement des plaies. Cette poudre est un excellent hémostatique dans les hémorrhagies capillaires (piqûres de sangsues). En l'insufflant dans les narines, après avoir débarrassé les fosses nasales, elle arrête rapidement les épistaxis.

**Fiel de bœuf, son emploi thérapeutique.** — M. le professeur Wolff appelle l'attention des médecins sur ce médicament tombé en désuétude et qui mérite la réputation dont il a joui anciennement. L'extrait de fiel de bœuf s'est montré efficace dans les affections dyspeptiques, lorsque celles-ci dépendent d'un état atonique de l'estomac et des intestins. Son utilité a encore été constatée dans les cas où il faut produire une excitation énergique du tube intestinal et dans ceux où la sécrétion biliaire se faisant d'une manière défectueuse, il y a constipation opiniâtre. C'est ainsi qu'il a guéri un malade présentant les symptômes de la cirrhose du foie : peau ictérique, constipation continuelle, amaigrissement continu. Lorsqu'il s'agit de provoquer des selles, l'auteur fait dissoudre de 4 à 6 grammes d'extrait de fiel de bœuf dans 6 onces d'un liquide aromatique, et de cette solution il administre au malade quatre fois par jour une cuillerée à soupe ; lorsqu'on emploie le fiel de bœuf comme tonique, on peut se contenter de plus faibles doses.

**Recherche de l'atropine dans le valérianate de quinine**, par M. A. COMMAILLE, pharmacien aide-major. — Deux personnes à qui on avait administré du valérianate de quinine ayant éprouvé les symptômes de l'empoisonnement par la belladone ou l'atropine, M. Commaille fut chargé d'examiner le sel employé et de constater son degré de pureté. Il opéra sur 0 gr. 5 de valérianate de quinine et suivit tout d'abord le procédé général de Stas pour isoler les alcaloïdes. Le sel fut dissous dans de l'eau acidulée avec l'acide tartrique; à cette solution on ajoute peu à peu du bicarbonate de soude pulvérisé. L'effervescence une fois terminée, le liquide fut agité avec de l'éther purifié que l'on enleva par décantation et qui, par l'évaporation spontanée, laissa un résidu amorphe. Les alcaloïdes étaient isolés, il fallait maintenant les séparer l'un de l'autre et constater leurs caractères.

M. Commaille, dans ses dernières opérations, s'est basé : 1° sur la différence de solubilité dans l'eau des deux alcaloïdes; 2° sur la séparation des substances, dont l'une est amorphe et l'autre cristallisable. Le résidu fut donc dissous dans l'alcool concentré; puis, dans la solution complète, on versa goutte à goutte de l'eau distillée qui produisit un abondant précipité de quinine. Le liquide se concentra spontanément, et l'évaporation fut achevée sur un verre de montre placé sous une cloche au-dessus de l'acide sulfurique. Il resta un vernis résinoïde formé par la quinine et deux amas d'aiguilles blanches et nacrées que l'on reconnut être de l'atropine. En effet, ces cristaux ont produit une dilatation énorme de la pupille, et leur solution a donné un précipité rouge-brique avec l'eau iodée, caractère distinctif de l'atropine. — (*Recueil de mém. de médéc. militaire.*

---

## BULLETIN

## I. ACADÉMIE DES SCIENCES.

*Effets de la liqueur d'absinthe. — Choléra. — De la puberté féminine en France au point de vue ethnologique.*

*Séances des 21 et 28 août, 4 et 11 septembre. — Pourquoi la liqueur d'absinthe, à dose égale et au même degré de concentration alcoolique que l'eau-de-vie, a-t-elle sur l'économie des effets plus prononcés?* par M. Pécholier. — Voici quelle est, suivant l'auteur, la principale raison de la puissance de l'absinthe à déterminer l'ivresse. C'est qu'étant prise comme moyen apéritif, elle est bue d'ordinaire avant le repas, c'est-à-dire quand l'estomac est vide ou à peu près vide. Son absorption est par là rendue beaucoup plus prompte ; or, une dose d'alcool, qui passe rapidement et presque tout à la fois, dans le torrent circulatoire, fera beaucoup plus d'effet qu'une même dose qui est absorbée peu à peu, de manière qu'une partie soit déjà détruite ou éliminée, tandis qu'une autre partie n'a pas encore pénétré dans les secondes voies. Tout le monde ne sait-il pas qu'une certaine quantité de vin bue le matin à jeun porte plus à la tête que cette même quantité bue pendant le repas ? Ce qui confirme notre dire, c'est que si l'ivresse par l'absinthe est prompte, la cessation de cette ivresse est très-prompte aussi, à moins que le buveur n'en ingère de nouvelles doses. Tout l'alcool ingurgie agit en même temps ; aussi l'action est-elle plus puissante, mais fugace.

Donc, l'énergie des effets de la liqueur d'absinthe ne tient pas à sa composition, mais à la manière dont elle est consommée.

*Choléra.* — M. A. Espagne annonce que le mercure et ses préparations jouissent d'une action préservatrice contre le choléra épidémique. Il appuie cette opinion sur ses observations personnelles, faites en 1849 et 1854 dans les hôpitaux de Montpellier, dans lesquels on a remarqué qu'aucun décès par suite de choléra n'a eu lieu dans les salles de ces établissements, où les malades affectés de maladies syphilitiques et soumis au traitement mercuriel étaient soignés.

A cette occasion, rappelons que l'immunité anti-cholérique

des syphilitiques, constatée à Montpellier, n'a point existé à Paris. Dans une lettre adressée à l'*Union médicale* en 1849, M. Ricord signale de nombreux cas de choléra survenus chez des malades soumis à l'usage des préparations mercurielles.

— *De la puberté féminine en France au point de vue ethnologique*, par M. Gustave Lagneau. — En comparant entre elles les statistiques publiées sur l'âge de la puberté des femmes en France, les différences présentées par l'âge moyen des femmes observées dans diverses villes ne m'ont pas paru toujours être en rapport avec les différences de latitude, de température et d'habitation, soit à la ville, soit à la campagne.

En effet, les femmes de Lyon arrivaient à la puberté plus tard non-seulement que celles des Sables-d'Olonne, ville située un peu plus au nord, mais aussi que celles de Paris, plus septentrional de 3 degrés. Au contraire, quoique habitant des régions situées sous le même degré de latitude, et peu différentes sous le rapport des températures moyennes, les femmes de la campagne observées à Strasbourg ne deviendraient pubères que quinze mois plus tard que les femmes de la campagne observées à Paris.

La constatation de ces faits m'a porté à penser que cette diversité dans l'âge moyen de la puberté pouvait quelquefois tenir à la diversité des éléments ethniques si nombreux qui concoururent anciennement à la formation de notre nation. Effectivement, la plupart de ces statistiques ont été recueillies dans des régions diversement peuplées par les descendants des anciens Ligures, Ibères, Gaëls, Celtes, Germains, dernier peuple dont Tacite nous signale la puberté tardive.

De même que certaines races animales ont un développement plus ou moins rapide, de même les races humaines sembleraient être plus ou moins précoces.

## II. ACADÉMIE DE MÉDECINE.

*Statistique sur les fœtus morts et les enfants nouveau-nés. — L'homme sauvage. — Vaccine et variole. — Discussion sur la thoracentèse.*

L'Académie n'a reçu pendant le mois qui vient de s'écouler qu'un petit nombre de communications. — Signalons d'abord

un rapport de M. Danyau sur un travail de MM. Gery et Maindault concernant la statistique des *fœtus morts et des nouveau-nés*. — Il ressort de ce mémoire, qui échappe à l'analyse, que la pratique d'envoyer les enfants à la mairie, afin de les déclarer, est des plus dangereuses pour les nouveau-nés et doit être réformée.

Dans un rapport intéressant, M. Cerise rend compte d'un mémoire du docteur Mesnet sur l'*homme sauvage du Var* et montre qu'on ne doit pas confondre sous la même dénomination d'*homme sauvage* l'homme *primitif*, étranger ou antérieur à toute civilisation, et l'homme *séquestré*, isolé de ses semblables et privé du commerce des autres hommes. Ce dernier, loin de représenter l'homme à l'*état de nature*, n'est qu'un homme incomplet frappé dans son intelligence, soit par cet abandon précoce, soit par l'imbécillité ou la folie.

Citons encore une note lue par M. Chauveau sur les rapports qui existent entre la *variole* et la *vaccine*, note extraite d'un travail dont nous avons donné le résumé dans un de nos précédents numéros. Ce travail a été l'occasion d'une réplique de M. Guérin, qui demande à la Commission lyonnaise d'inoculer non pas la variole de l'homme aux animaux, mais la maladie vaccino-gène des animaux à l'homme, afin de savoir si elle ne donnerait pas la vaccine ; il a été aussi l'occasion d'une communication de M. Auzias-Turenne, confirmant les résultats obtenus par la commission de la Société des sciences médicales.

La thoracentèse a surtout occupé l'Académie pendant ces dernières séances ; cette question, soulevée par M. Piorry il y a quelque temps, a été le sujet d'une discussion qui a commencé le 11 juillet et qui n'est pas encore terminée. MM. Guérin, Bouley, Briquet, Barth, Velpeau, Poggiale, Gosselin, Piorry, ont déjà pris la parole, et quoique de nouveaux orateurs soient encore inscrits, la discussion nous paraît assez avancée maintenant pour que nous puissions en rendre compte.

Quand faut-il pratiquer la thoracentèse ? Comment faut-il la pratiquer ? Tels sont les deux points sur lesquels on a particulièrement insisté.

C'est surtout M. Briquet qui a abordé les indications de la thoracentèse. Dans la pleurésie aiguë qui, chez l'homme, se termine le plus favorablement, l'orateur ne pratique l'opération que très-exceptionnellement, lorsque l'épanchement est tellement

abondant que le malade est menacé de mourir par asphyxie. — Dans les épanchements pleurétiques peu abondants qui sont la conséquence de maladies organiques du poumon ou du cœur, la thoracentèse est insuffisante ; aussi est-elle contre-indiquée, à moins que la vie du malade ne soit directement menacée ; alors l'opération devient un bon palliatif. Il existe chez les sujets lymphatiques une pleurésie suraiguë qui entraîne un épanchement ordinairement peu abondant, lequel augmente lentement et se résout avec lenteur ; dans cette pleurésie souvent l'épanchement reste stationnaire, le malade maigrit, le pouls devient fréquent, le thorax se déforme, et les sujets semblent être atteints de phthisie ; si, avant que les choses ne soient arrivées au dernier degré, la thoracentèse est pratiquée, tout ne tarde pas à revenir dans l'ordre, et même dans des cas où l'on ne croyait pas pouvoir obtenir de bons résultats, on a vu la thoracentèse rendre la vie à des malades presque condamnés. — Dans la pleurésie purulente, M. Briquet conseille de ne pas opérer ; l'ouverture de la poitrine compte, en effet, dans ces cas un grand nombre d'insuccès, mais le malade abandonné aux seules ressources de la nature a si peu de chance de guérison que le médecin peut, ce nous semble, se montrer moins réservé que le recommande l'honorable académicien ; certains faits autoriseraient, dans ces cas, les ponctions avec contre-ouvertures, et M. Gosselin approuve, en pareille circonstance, les tubes à drainage inventés par M. Chassaignac.

Les idées émises par M. Briquet ont trouvé peu de contradicteurs. M. Piorry seul s'est engagé après lui dans la voie des indications de la thoracentèse, et il s'est montré encore plus réservé sur l'opportunité de l'opération. La thoracentèse, suivant lui, n'est réellement indiquée que lorsque la proportion du liquide est telle que la suffocation devient imminente, et encore ne doit-on jamais oublier qu'avant d'opérer, il faut avoir recours aux moyens médicaux qui réussissent presque constamment à diminuer les proportions du liquide épanché. Presque tous les orateurs ont disserté surtout sur les dangers qui résultaient de l'entrée de l'air dans la plèvre et sur les moyens à employer pour éviter cet accident ; mais sur ce point, de grandes divergences se sont produites.

Les accidents que l'on a reprochés à l'entrée de l'air dans la poitrine sont de plusieurs sortes : 1° accidents de gêne mécanique de la respiration ; 2° accidents d'irritation des plèvres ; 3° accidents de putréfaction des liquides épanchés.

Lorsque de l'air s'introduit dans les plèvres, il empêche la



dilatation du poumon dans l'inspiration ; cet organe, obéissant à l'élasticité de son tissu, se rétracte sur les côtés de la colonne vertébrale, de sorte qu'à la suite d'une ponction simple sur un animal qui a de l'eau dans les plèvres, l'air se met à la place du liquide évacué, mais le poumon ne reprend pas ses fonctions. — Cette action toute mécanique de l'air est donc nuisible ; toutefois elle ne peut être dangereuse que lorsque l'air s'est introduit dans la plèvre en grande quantité ; un faible épanchement gazeux ne gêne que médiocrement la respiration et finit par se résorber.

L'action irritante de l'air sur la plèvre a été singulièrement exagérée. M. Bouley a rappelé que l'on pouvait introduire impunément de l'air dans le péritoine, dans des kystes séreux clos et même dans des plaies sous-cutanées ; M. Velpeau a confirmé le fait et a injecté souvent de l'air dans l'hydrocèle sans déterminer d'accidents, et cela s'explique très-bien ; on sait, en effet, que l'air atmosphérique injecté dans les tissus animaux s'altère très-rapidement, son oxygène est remplacé plus ou moins complètement par de l'acide carbonique, de sorte qu'au bout d'un certain temps, ce n'est plus de l'air qui est en contact avec les membranes animales, mais un fluide inoffensif ; les expériences de MM. Leconte et Demarquay ont prouvé le fait, et M. Gosselin a insisté sur lui.

L'action chimique de l'air sur les liquides épanchés a été admise par tous les orateurs. M. Bouley et M. Guérin la regardent comme très-dangereuse ; cette action peu prononcée sur la sérosité simple, se fait sentir sur les épanchements sanguins et sur les épanchements purulents ; de là le conseil de ne laisser entrer que le moins d'air possible dans la plèvre pendant la thoracentèse ; M. Poggiale invoquant les données fournies par la chimie, a signalé aussi les fâcheux effets de l'air au contact du pus, et fort des découvertes de M. Pasteur sur la fermentation, il a démontré que l'agent de fermentation était moins l'air que les infusoires ferments, qu'un liquide fermentait beaucoup plus facilement lorsqu'il était renfermé dans un ballon avec une faible quantité d'air que lorsqu'il était exposé dans un vase largement ouvert, et par conséquent, que dans la thoracentèse, une large incision permettant facilement le renouvellement de l'air dans la plèvre serait préférable à une petite incision sous-cutanée compliquée d'une petite quantité d'air enfermée dans la cavité pleurale avec un liquide fermentescible.

Malgré ces divergences d'opinion, tous les orateurs ont été d'accord pour préférer les thoracentèses non compliquées d'introduction d'air dans la poitrine à celles pendant lesquelles s'était

produit un pareil accident ; M. Gosselin, tout en regardant cette complication comme peu grave, conseille de l'éviter comme pouvant occasionner quelques inconvénients. Quel est donc le mode opératoire le plus propre à parer à cet accident ? C'est la ponction sous-cutanée.

La méthode sous-cutanée n'est pas d'invention récente ; M. Piorry s'est chargé de rappeler à M. Guérin que Bell (*Cours complet de chirurgie*, 1796) recommandait, avant d'inciser les téguments, de les tirer fortement en haut dans le but de produire un défaut de parallélisme entre la plaie extérieure et la plaie intérieure. Cependant cette simple précaution est insuffisante, de là l'invention des différents procédés. M. Piorry trouve à la sonde-siphon l'avantage de permettre les injections médicamenteuses dans la poitrine. M. Guérin recommande sa seringue à double effet comme excellente en ce qu'elle permet de vider complètement les plèvres de leur contenu. La majorité des orateurs a proclamé la supériorité du manchon de baudruche de Reybard ; ce procédé, aussi simple qu'ingénieux, est d'une exécution facile, il ne nécessite pas l'usage d'appareils coûteux et difficiles à se procurer, il empêche sûrement l'entrée de l'air dans la poitrine, il permet de vider complètement la plèvre et ne s'oppose nullement aux injections médicamenteuses ; le chirurgien lyonnais a donc droit à une belle page dans l'histoire de la thoracentèse, et s'il est vrai que l'idée du procédé Reybard appartient à Dupuytren, ainsi qu'est venu le déclarer, textes en main, M. Velpeau, on ne peut refuser à notre compatriote la large part qui lui revient dans l'institution de l'opération telle qu'on la pratique généralement depuis et d'après lui.

On voit, d'après ce qui précède, que la discussion semble toucher à la fin. Néanmoins, comme plusieurs orateurs doivent encore prendre la parole, nous nous réservons de revenir sur ce sujet, si quelque incident intéressant se produit dans le cours du débat. (*Séances du 11 juillet au 12 septembre 1865.*)

---

## BIBLIOGRAPHIE.

**Essais d'hygiène et de thérapeutique militaires**, présentés à la Commission sanitaire des Etats-Unis, annotés et publiés en français par Thomas W. Evans, docteur en médecine, chirurgien-dentiste de LL. MM. l'Empereur des Français et l'Empereur de Russie, etc. — Paris, V. Masson et fils, 1865.

La vie du soldat en campagne est beaucoup plus compromise par les maladies que par les blessures; ainsi sur les 300,000 hommes envoyés en Orient, on en perdit 69,229. Il n'y eut de tués sur le champ de bataille que 7,500 hommes. Le choléra, la fièvre typhoïde, la diarrhée, la dysenterie, l'action du froid, furent les causes principales de mort.

Pénétrée de l'importance de l'hygiène et de la thérapeutique militaires, la commission sanitaire des Etats-Unis fit appel à des savants distingués pour composer une série de petits traités, véritables *vade-mecum* du chirurgien en campagne. Ces communications ont reçu aux Etats-Unis et en Angleterre un accueil favorable, parce qu'elles renferment un nombre considérable d'observations intéressantes, d'expériences nouvelles et de renseignements utiles.

M. T. Evans a publié un certain nombre de ces traités; et cette traduction a été éditée par M. V. Masson, qui en a fait un beau livre.

Comme nous le disions, ce sont des monographies détachées, et nous allons indiquer les titres de chacune: 1° Hygiène et thérapeutique militaires, par W. Van Buren; 2° La Quinine comme prophylactique, contre les affections paludéennes; par W. Van Buren; 3° Le scorbut, par W.A. Hammond; 4° Vaccination dans les armées, par F.-G. Smith et A. Stillé; 5° Fièvres paludéennes (fièvres masmatiques, par Y.-T. Metcall; 8° Maladies vénériennes, par Freeman J. Bumstead; 9° Amputations, par Stephen Smith; 10° Exci-

sion des articulations, par R.-M. Hodges ; 11° Douleur et Anesthésie, par A. Stillé.

Examinons quelques uns de ces petits traités, celui des Amputations par exemple, nous ne trouverons pas là l'exposé classique, tels que nous sommes habitués à le voir dans nos livres de médecine opératoire. L'auteur traite de la nécessité de l'amputation, des indications nettement détaillées pour les plaies d'armes à feu dans chaque membre en particulier. Puis il indique le moment où il faut opérer, le choix du lieu d'élection et le traitement consécutif.

Les pansements les plus simples à l'eau sont préférés par le chirurgien américain. — Les derniers chapitres sont consacrés à la discussion des amputations des os du pied, orteils, métatarse, etc , et à une discussion approfondie entre les opérations du pied, selon la méthode Chopart, Syme et Pirogoff. Après avoir énuméré les résultats de la pratique des chirurgiens anglais et américains, les divers arguments invoqués pour ou contre chacune de ses opérations, M. Stephen Smith conclut en se basant sur le danger comparatif de l'opération, et sur l'utilité comparative du moignon à la préférence en faveur de l'opération de Syme.

En effet : la mortalité comparative des amputations de Chopart, de Syme et de Pirogoff est trop faible pour influencer le choix du chirurgien. Le moignon fourni par l'opération de Syme est beaucoup mieux adapté à une application mécanique que celui qui résulte des opérations de Chopart et de Pirogoff. Toute cette discussion est résumée en quelques pages du plus vif intérêt et qui sont le fruit d'une expérience clinique des plus étendues. Tout aboutit au résultat pratique, véritable discussion utilitaire et américaine.

Les mêmes réflexions s'appliquent au traité des résections. Relativement à l'anesthésie, les chirurgiens américains sont beaucoup moins exclusifs que nous et on trouve bon nombre de partisans de l'éther comme anesthésique.

M. Stillé, cependant préfère le chloroforme à cause de son action plus rapide, mais il dit employer cependant assez souvent l'éther.

Le petit chapitre consacré aux maladies vénériennes ne

contient que 24 pages, mais c'est un résumé complet des doctrines siphiligraphiques et si les nouvelles doctrines rencontrent encore des adversaires en France, en Amérique du moins elles paraissent régner sans conteste. — Les travaux de l'école lyonnaise ont été largement utilisés pour la rédaction de cet abrégé des plus complets en tant qu'exposition doctrinale.

Nous analyserons dans un prochain numéro les documents relatifs à la médecine proprement dite et qui sont des plus intéressants. X...

---

## VARIÉTÉS.

---

### CAUSERIES DU MOIS.

---

*Causerie épistolaire sur les sociétés de secours mutuels dans leurs rapports avec la médecine et la pharmacie.*

A M. le docteur Amédée LATOUR, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, secrétaire de l'Association générale des médecins de France.

Cher et honoré confrère,

Permettez-moi de vous entretenir de choses que, sans doute, vous savez aussi bien que moi, sur lesquelles je serais heureux que vous eussiez la même opinion que moi, et au sujet desquelles je souhaiterais que vous prissiez la parole ou la plume, pour vous en servir assurément mieux que moi.

Il s'agit de la très-importante et très-délicate question du service médical et pharmaceutique des sociétés de secours mutuels.

Depuis le décret impérial du 26 mars 1852 qui réglemente l'assistance mutuelle, cette institution a pris un immense développement. On compte, à l'heure qu'il est, près de 5,000 sociétés régulièrement organisées et en général

prospères, comprenant un total de 700,000 membres en chiffres ronds. L'article 1<sup>er</sup> du décret précité, qui porte « qu'une société de secours mutuels sera créée par les soins « du maire et du curé dans chaque commune où l'utilité en « aura été reconnue », est pris très à cœur par les agents supérieurs de l'administration qui, de toutes parts, font tous leurs efforts pour qu'il se réalise.

La mutualité naguère était une utopie. Dès à présent, ce n'est plus seulement une semence de civilisation confiée au sol de l'humanité par quelques laboureurs hasardeux, c'est un arbre de belle venue, aux vivaces racines, au bienfaisant ombrage, aux fruits pleins de saveur.

Cet arbre, dont le tronc est constitué par l'association de secours mutuels proprement dite, a déjà poussé de précieux rejetons dans lesquels l'ami du progrès voit avec satisfaction fleurir et fructifier une sève de concorde et de charité : orphelinats, assistance des veuves, caisses de prêts d'honneur, associations pour la réduction du prix des denrées de première nécessité, tribunaux de conciliation et assistance judiciaire, bibliothèques et conférences instructives ; tels sont les corollaires que l'instruction intelligente, le zèle généreux, la persévérante volonté de quelques hommes de cœur a su rattacher à l'idée première de l'assistance mutuelle contre les chances de maladie.

En face de ces choses si incontestablement belles et bonnes, on ne peut qu'applaudir et se réjouir. Elles inaugurent, sans trouble ni menace, une ère sociale nouvelle et se substituent, dans leur réalité simple et forte autant que bienfaisante, aux chimères fantastiques et tumultueuses d'une sociologie en délire. Dans la marche que poursuit l'humanité vers les horizons, infiniment lointains peut-être, mais de jour en jour plus distincts de la terre promise de justice et d'amour, elles auront marqué le début d'une étape glorieuse, et qui ne sera certes point un des moindres lustres historiques d'un gouvernement doué d'une singulière aptitude à s'identifier avec les tendances de son époque et prodigieusement expert à leur donner satisfaction dans la mesure qui convient.

Je reprends ma comparaison de tout à l'heure. L'assis-

tance mutuelle est un arbre en pleine croissance au développement et à la fructification duquel tout homme de bien doit s'intéresser et coopérer. Vouloir l'arracher ou le mutiler au nom d'intérêts égoïstes et mal compris serait coupable, inintelligent et d'ailleurs parfaitement inutile. Est insensé tout individu, est mal inspirée toute collection d'individus qui se prévalent d'un droit, quel qu'il puisse être, pour déclarer la guerre à une œuvre d'intérêt général venue à terme et déclarée viable par l'esprit public.

Est-ce à dire que l'arbre soit parfait et ne porte que des fruits excellents? Non pas. A côté de ces fruits, il y a des épines, des dards aigus auxquels nos intérêts professionnels et notre dignité de médecin se déchirent parfois. Je dirai plus : ces appendices blessants de l'arbre de la mutualité n'existent que pour nous. C'est là le sujet de la thèse véritablement *épineuse* que je vais essayer de traiter ici et que je sou mets, honoré confrère, à l'appréciation de votre profonde expérience des choses médicales.

## I

Ce n'est pas à vous que j'apprendrai, cher confrère, je n'apprendrai à personne de mes lecteurs que la médecine est une profession ingrate autant qu'honorable. Le médecin réduit aux seules ressources de sa pratique fait péniblement honneur à ses *affaires*, mais ne fait point de brillantes *affaires* et ne quitte jamais les *affaires*; il meurt sous le harnais qu'il ne dépose point, une fois endossé, depuis l'heure où la Faculté en séance a prononcé sur lui le *Dignus intrare* jusqu'à celle où Dieu juge à propos de dire à l'ange de la suprême délivrance : *Dimitte servum!* Délie ce serviteur de l'humanité!

Telle est, à de bien rares exceptions près, la règle générale. Donc la médecine, comme métier, ne vaut pas une foule de métiers qui nous assurent le pain tranquille de nos vieux jours. C'est même assez fréquemment un sot métier, en ce qu'il ne nourrit pas son maître, pour user de l'expression proverbiale.

Ce côté précaire de la condition du médecin nous rend très-légitimement ombrageux sur tout ce qui semble menacer de nouvelles chances défavorables la rémunération de notre état, et toutes les fois qu'une voix officielle se fait entendre, célébrant en langage harmonieux « ce noble désintéressement, ce dévouement inaltérable, ce saint amour de l'humanité qui animent le corps médical et qui jamais n'ont fait défaut à l'appel de la souffrance », nous dressons l'oreille avec inquiétude, flairant sous les fleurs de rhétorique, — poussées sur le pupitre de quelques commis-rédacteurs en fausses manches de lustrine, expert-horticulteur ès-phraséologie d'une division de ministère ou de préfecture, — flairant, dis-je, un piège où nous courons risque de laisser de nos plumes, voire même de notre épiderme.

Il ne faut donc ni s'étonner, ni se scandaliser, si la plupart des praticiens ont vu avec une méfiance et une appréhension peu déguisées s'instituer et se multiplier les sociétés de secours mutuels, faisant de tous côtés et à l'unisson appel à « ce noble désintéressement qui..., ce dévouement inaltérable que....., ce saint amour de l'humanité dont..... » etc., etc. Que veut-on de nous ? se sont-ils demandé.

« Si cette assistance mutuelle contre les chances de maladie doit s'organiser au bénéfice du prolétariat ; si l'obole qu'on nous offre en retour d'un assujettissant et rude service représente la quotité de ressources, dont l'homme vivant au jour le jour de son travail, peut disposer pour rémunérer le médecin, cette obole, pour minime qu'elle soit, nous l'accepterons sans hésitation, et non-seulement notre fierté n'en sera pas froissée, mais pour nous, ce faible émolument pécuniaire aura une haute valeur, car il représentera l'ordre, la prévoyance, le respect de soi-même, ces belles vertus de l'homme et du citoyen, florissant enfin dans les rangs du peuple travailleur, sous le soleil de la fraternité. »

Voilà ce que chacun de nous a pensé tout d'abord. Puis un léger nuage venant à passer sur son horizon intellectuel, il a poursuivi son soliloque mental :

« Que des ouvriers, résolus d'en finir avec cette vie d'imprévoyance qui, en cas de maladie, ne leur laisse d'autre



alternative que la gêne et les dettes, ou un pénible recours à l'assistance publique, s'associent et mettent en commun la faible épargne à grand'peine prélevée sur leur salaire quotidien, pour faire face aux éventualités morbides, rien de mieux ! Et pour nous, médecins, c'est un devoir de coopérer à la réalisation d'une œuvre évidemment féconde en bons résultats moraux et matériels. Nous voici donc au service de cette digne et honnête mutualité. Mais l'admission au sein d'une société de secours mutuels à titre de *membre participant* n'étant soumise à aucune condition ni restriction particulière fondée sur la situation de fortune du candidat, qui nous garantit contre la désertion financière d'une fraction plus ou moins considérable de nos clients, empressés de mettre à profit une si belle occasion de réaliser, sur la redevance qu'ils payaient annuellement au médecin, une importante économie?... »

## II

Tellé était, cher et honoré confrère, l'appréhension très-légitime des médecins, appréhension très-légitimement partagée par leurs collaborateurs les pharmaciens.

Avant d'examiner dans quelle mesure l'événement a justifié les craintes des uns et des autres, permettez que, sortant un moment de mon sujet, je rappelle à votre souvenir une étude intéressante de notre savant confrère, M. le docteur Herpin (de Genève) sur la rémunération médicale.

M. Herpin, auteur d'un *Traité de l'épilepsie* devenu classique, donne ses soins à une foule de malades affectés de cette redoutable névrose. S'il en soulage beaucoup et en guérit même quelques-uns, c'est, vous le savez, au prix d'un traitement qui se mesure par des mois, parfois par des années...

Or, la nature de cette clientèle spéciale l'a conduit à préférer, pour le paiement de ses honoraires, l'abonnement annuel avec les familles à la note de visites, qui est le mode usuel de nos recouvrements. Il assure se trouver très-bien de cette façon d'agir qu'il souhaiterait de voir se généraliser

aussi bien dans l'intérêt de la santé publique que dans celui du corps médical.

Dans l'intérêt de la santé publique d'abord. « Sauvegarder, dans un cas donné, la vie d'un malade, calmer ses souffrances, abréger sa maladie, voilà tout ce qu'en général on demande au médecin. Quant à prévenir le mal, on ne lui en fournit presque jamais les moyens, et ce n'est que rarement qu'on le fait appeler assez tôt pour qu'il puisse faire avorter une maladie. Bien plus, dans le cours d'une maladie aiguë, il est loin d'être toujours libre de proportionner le nombre de ses visites à la gravité des cas. Il ne l'est pas toujours non plus de les continuer assez longtemps pour activer la convalescence ou prévenir une rechute... Qui n'a pas entendu quelquefois accuser injustement des hommes honorables de répéter ou de prolonger leurs visites au-delà du nécessaire? Devant la possibilité d'un soupçon semblable, un médecin délicat devient plus avare de ses soins et il s'expose ainsi au reproche de négligence... Toutes ces entraves, fâcheuses dans les maladies aiguës, sont bien autrement funestes quand il s'agit d'affections chroniques, dont les conséquences en elles-mêmes ont déjà tant de gravité. — La substitution de l'abonnement annuel à la rétribution de la visite changerait complètement le rôle du médecin. Ce nouveau rôle peut être caractérisé en deux mots : Le praticien prendrait *charge de santé* comme le bon prêtre prend charge d'âme. »

Dans l'intérêt des médecins. « L'examen que tout médecin fera de ses livres de compte lui démontrera que la charge que les honoraires médicaux imposent en moyenne annuelle au budget des familles est une dépense relativement très-minime. L'expérience lui enseigne d'ailleurs que ces mêmes familles, à leur grand détriment, n'usent des soins médicaux que d'une manière insuffisante. Ce double fait indique clairement le remède : faire contribuer plus largement le médecin à sauvegarder la santé et à prolonger l'existence, le rétribuer en raison de l'accroissement de ses soins. D'après nos calculs, les bases financières du système que nous proposons auraient pour résultat approximatif de doubler en moyenne le gain des praticiens... Nous leur de-

mandons un surcroît de labeur qui serait amplement compensé par un accroissement d'influence, de considération et de revenu. »

Ainsi s'exprime M. le docteur Herpin, affirmant que son expérience personnelle a justifié ses calculs.

Pour établir cet abonnement annuel aux soins du médecin, la principale circonstance à prendre en considération est, sans aucun doute, le revenu des clients. « Après une longue étude de la question et aidé de l'expérience, nous sommes arrivé à être convaincu que le taux de l'abonnement serait renfermé dans des limites équitables en le fixant entre les deux extrêmes du *centième* et du *cinquantième* du revenu de la famille. »

M. Herpin donne pour exemple les chiffres suivants :

|  |            |
|--|------------|
| 20 à 40 fr. pour un industriel, un employé,<br>un petit marchand dont le gain annuel<br>s'élève à..... | 2,000 f.   |
| 100 à 200 fr. pour un revenu de.....   | 10,000 f.  |
| 500 à 1,000 fr. pour.....  | 50,000 f.  |
| 1,000 à 2,000 fr. pour.....  | 100,000 f. |

La circonstance essentielle, après la fortune, à peser dans la balance, c'est la composition de la famille. Il ne serait pas équitable, à revenu égal, de demander à un célibataire le même prix qu'à une famille... A la campagne, la distance à parcourir serait aussi l'un des éléments principaux du taux de l'abonnement.

Par *la famille*, M. Herpin entend la communauté tout entière du foyer domestique, maîtres et serviteurs vivant sous le même toit. Dans les *soins médicaux* ne sont pas compris les grandes opérations chirurgicales, les déplacements considérables, etc., etc.

### III

Je ne discuterai point, cher et honoré confrère, le système de M. Herpin, dont à peine j'ai exposé les points essentiels. Cela nous conduirait trop loin de notre sujet où nous allons

rentrer, si vous le voulez bien, munis des idées et des chiffres du médecin de Genève. Cela pourra nous servir.

Mais comme on voit bien que M. Herpin exerce l'art de guérir sur les rives fortunées du Léman, pays prospère, région bénie où le paupérisme est inconnu ! Vraiment,

*Monsieur Herpin* nous forge une félicité  
Qui nous fait pleurer de tendresse,

quand il nous dit (*loc. cit.*) « qu'il faut encourager l'indépendance des classes peu aisées en abaissant pour elles le ~~taux des honoraires~~, et faire descendre l'abonnement jus- 20 francs par an. Avec une telle rémunération, le médecin fait ~~encore de la charité~~, mais il la fait d'une manière qui n'entame en rien la dignité de son client... »

Que les médecins honorés de la confiance de nos sociétés de secours mutuels essaient donc de persuader aux bureaux desdites sociétés que, pour « n'entamer en rien la dignité de leurs clients sociétaires », il est convenable de fixer l'abonnement par an et par famille au minimum de 20 francs, et qu'à ce prix, le médecin « fera encore de la charité. » Ils verront comment on les recevra et de quelle bonne façon M. Henri Giraud les remettra à leur place !

Et sur ce, nous allons passer immédiatement, si vous m'en donnez congé, de M. le docteur Herpin (de Genève) à M. H. Giraud (de Niort), non pas précisément en vertu de cet axiome que « les extrêmes se touchent », mais parce que cette transition par contraste va nous amener au cœur même de notre sujet.

#### IV

M. Henri Giraud est président du tribunal civil de Niort (Deux-Sèvres). Ce côté relevé et respectable de sa personne ne touche point à nos affaires et nous n'y toucherons pas. Mais M. Henri Giraud est aussi président de société de secours mutuels et directeur du principal organe de publicité de l'association française, la revue mensuelle la *Fraternité*.

Comme *mutualiste* et comme publiciste, il appartient à notre discussion.

M. Henri Giraud, en tant que mutualiste mutualisant, est un homme zélé, dévoué, plein d'ardeur, jamais à bout d'expédients ni de ressources, quand il s'agit d'engendrer, nourrir ou guérir sa chère mutualité. La grande affaire pour lui, c'est que la mutualité s'accroisse et prospère, en tout bien tout honneur, comme de juste, sauf peut-être en ce qui regarde les intérêts du corps médical et pharmaceutique, côté où il semblerait que le *per fas aut nefas*, mot d'ordre d'une ancienne et redoutable *mutualité*, ne fait point hésiter son courage.

En tant que publiciste, M. Henri Giraud, écrivain non sans mérite, a surtout celui, — si fort apprécié par Pascal, qui cherchait avant tout l'homme dans l'auteur, — de mêler, de combiner à tout moment son *moi*, tant interne qu'externe, à l'exposition de ses idées mutualisatrices. Qu'il sorte ou demeure chez lui, qu'il aille en vendanges ou aux bains de mer, qu'il veille ou qu'il dorme (quatre heures par nuit, c'est son chiffre), qu'il mange ou boive (c'est l'eau pure qui est sa boisson), qu'il caresse l'une ou l'autre de ses levrettes (c'est l'animal qu'il préfère), il vous le raconte sans apprêt à travers ses conseils et ses exhortations. Cette façon de faire est séduisante et habile. Le lecteur charmé, subjugué par cette sorte de *présence réelle* de son auteur, ne tarde pas à entrer en pleine communion de sentiment et d'idées avec lui. M. Henri Giraud a, de la sorte, réalisé un phénomène assez rare : par la familiarité engendrer l'autorité.

Or, elle est grande, l'autorité de M. Henri Giraud auprès des sociétés de secours mutuels, en majeure partie abonnées à la Revue qu'il dirige. Est-on empêché, embarrassé, perplexe, vite on a recours à lui, et il vous répond par la voix de son journal.

Il y a bien à Paris une haute Commission de surveillance des associations de secours mutuels, mais on ne se permettrait point de déranger les personnages éminents dont elle se compose, et cet auguste aréopage, pareil à la Divinité d'Epicure, n'est point importuné des criailleries des mortels et n'a point à intervenir dans leurs débats.

## V

Grâce à ces qualités d'exception qui font de lui comme un apôtre et un oracle, M. Henri Giraud a pu organiser la *Société philanthropique* de Niort, dont il est président, sur le pied d'une discipline économique très-remarquable et qu'il propose sans cesse pour modèle aux autres sociétés.

C'est ainsi que trois médecins de la ville, attachés au service des trois mille quatre cents sociétaires de la *Philanthropique*, ont appris à se contenter de l'émolument, très-philanthropique, en effet, de *zéro franc, soixante-dix centimes et trois millièmes* par tête d'abonné et par an. Moyennant quoi, ils prodiguent aux immatriculés tous les soins médicaux et *chirurgicaux*, sans distinction, et sont jour et nuit à leur discrétion.

Cela est assez loin, comme vous voyez, du chiffre minimum de M. le docteur Herpin.

C'est ainsi que les pharmaciens de Niort ont été amenés à pourvoir de médicaments la Société philanthropique à des taux qui sont le miracle du désintéressement.

Mais de pareils miracles ne se font pas tout seuls. La nature s'y refuse, à moins d'être contrainte par une force supérieure. Permettez-moi de vous raconter le prodige un peu en détail. L'histoire en vaut la peine.

Les pharmaciens français règlent, en général, leurs prix de vente d'après le tarif de la maison Dorvault. S'ils s'en écartent, ce n'est jamais que du côté de l'atténuation, ces prix étant les prix forts. Les sociétés de secours mutuels ne pouvant accepter les conditions de ce tarif, il fallut en établir un tout exprès pour concilier les intérêts de la pharmacie et de la mutualité. C'est une tâche dont s'est acquitté d'une façon juste et équitable le syndicat des pharmaciens de Bordeaux. Son tarif, généralement adopté pour les fournitures aux sociétés de secours mutuels, représente un rabais de 50 pour 100 environ sur le tarif Dorvault.

Il peut arriver cependant que, malgré cette considérable diminution, les sociétés se trouvent, à la fin de l'exercice,

en présence d'un *compte d'apothicaire* considérable, quand la maladie a donné plus fort que de coutume. Dans ce cas, on ajoute au chiffre congru de l'honoraire annuel du médecin qui succombe de fatigue une congratulation plus précieuse que l'or (noble dévouement, saint amour de l'humanité, et autres clichés en circulation). Mais ces congratulations n'ayant point cours dans le commerce de la droguerie, c'est en monnaie métallique qu'il faut payer le pharmacien, ami de l'humanité tant qu'on veut, mais aussi fournisseur ayant des engagements commerciaux à tenir.

Or, c'est en présence d'un de ces comptes menaçants que se trouva un beau, ou plutôt un mauvais jour, la Société philanthropique de Niort. Elle en trembla pour son existence ! Cela ne pouvait durer ainsi, et pour que la mutualité ne courût désormais plus le risque de périr égorgée par la main de la pharmacie, on eut recours à une mesure énergique, à une véritable mesure de salut public.

« Voici, dit-on aux pharmaciens de Niort, voici le tarif du dispensaire philanthropique de Paris. Vous allez nous servir aux conditions y détaillées, ou sinon on verra ce qu'on a à faire. »

Vous savez, cher et honoré confrère, ce qu'est la Société philanthropique de Paris. Ce n'est point une association de secours mutuels, c'est une œuvre de pure aumône. Les pharmaciens de Niort se récrièrent, naturellement.

« Un tarif de dispensaire, dirent-ils, n'est pas un tarif de pharmacie. Votre société n'est point, d'ailleurs, composée d'indigents traités aux frais de la charité publique. Nous ne pouvons accepter des conditions qui nous imposent un rabais de 64 pour 100 sur les prix ordinaires et ne nous attribuent aucune indemnité pour les manipulations pharmaceutiques, lesquelles, à Niort comme ailleurs, représentent du temps, du travail et du savoir-faire. »

Il n'y avait rien à répliquer à cela ; aussi ne répliqua-t-on rien. Mais, quelques jours après, les pharmaciens récalcitrants furent prévenus que la Société philanthropique était en marché pour louer un étage dans certaine maison, que dans cet étage on avait dessein de mettre des vases et bo-  
caux garnis de drogues, plus un laboratoire, un comptoir et

des balances et, au milieu de tout cela, un pharmacien diplômé qui consentait à desservir l'officine philanthropique moyennant 3,000 fr. par an.

Il était aussi vaguement question, dans ces rumeurs, d'offrir les services de la nouvelle officine à la deuxième société de secours mutuels dont est dotée la ville de Niort, et même de les étendre aux gens malaisés et à d'autres encore, bref, de doter la capitale des Deux-Sèvres d'une succursale de la maison dite *normale* de M. Hureau, succursale revue, corrigée et... diminuée, quant aux prix.

Y avait-il à craindre sérieusement que ces rumeurs inquiétantes se réalisassent. La loi sur l'exercice de la pharmacie n'y mettrait-elle point empêchement? Peut-être. Mais ce *peut-être* lui-même était gros de risques. En face de ce *peut-être*, les pharmaciens se sentirent déconcertés. Sans attacher, j'aime à le croire, une importance déplacée à cette considération que leur antagoniste principal, dans la cause qui soulevait ce *peut-être*, était magistrat et chef de la magistrature locale. Sans doute pensèrent-ils qu'un homme qui ne dort que quatre heures par nuit et ne boit que de l'eau appartient à la catégorie des *tenaces propositi*, de ces personnes de ferme et absolu propos que, suivant le poète, ne saurait émouvoir la ruine de l'univers..., à plus forte raison celle d'un pharmacien. — Ils cédèrent, et le miracle fut fait.

Seulement, pour se couvrir des menus coûts de l'opération et aussi pour apprendre à vivre à ces Messieurs, on exigea d'eux et l'on obtint une nouvelle réduction de 40 pour 100 sur le tarif précédemment repoussé, du dispensaire philanthropique de Paris.

Ce qui fait qu'aujourd'hui les pharmaciens de Niort servent les sociétés de secours mutuels de M. Henri Giraud avec un rabais de 67 pour 100 sur le tarif usuel, et de 70 pour 100, si l'on tient compte de la non-indemnité des manipulations pharmaceutiques.

## VI

Vous pouvez penser, cher et honoré confrère, qu'aussitôt



ce grand résultat obtenu, on s'empresse d'en faire part aux abonnés. Chaque Société cliente de la Revue reçoit donc un tarif philanthropique avec la manière de s'en servir.

J'ai sous les yeux ce tarif que la société mutuelle de ma localité a reçu de Niort et dont elle a donné communication au pharmacien, et je le compare au tarif de la pharmacie des indigents, approuvé par M. le préfet de Saône-et-Loire. Or, le tarif des indigents cote les médicaments à 10 p. 100 au-dessus de celui de Niort et alloue des indemnités de manipulation.

Quand on réfléchit à l'économie extrême avec laquelle l'état rémunère la médecine et la pharmacie de l'assistance publique, — économie aussi stricte que peut le permettre l'axiôme toujours vrai : rien n'est cher comme le bon marché, on n'a pas besoin de commenter cette comparaison.

Ce n'est pas tout ! M. Henri Giraud, n'hésite pas à penser et à écrire dans les *réflexions* qui suivent son tarif « qu'une société importante pourrait obtenir encore de « plus fortes remises !!! »

Ombre de M. Argan, si tu as conservé envers la corporation des apothicaires quelque vieille rancune des parties exorbitantes dont M. Fleurant troublait tes jouissances de malade imaginaire, tu dois être contenté, la mutualité te venge comme il faut !

## VII

A l'égard du service médical proprement dit, M. H. Giraud ne tarit pas d'éloges pour le système de l'abonnement. Selon lui, la rétribution à la visite, quel qu'en soit le prix, est pleine de risques et grosse de mécomptes. Vous comprenez ; une épidémie peut survenir et, alors, quelle X... formidable ! La prospérité, la vie même de l'association peuvent se voir compromises !...

Mais le médecin et la société sont là à deux de jeu. Lui aussi, quand on veut le lier aux chaînes ingrates de l'abonnement, peut répondre : Mais, s'il arrive une épidémie !...

Quelle terrible *inconnue* à dégager ! Ma santé, ma vie peuvent y demeurer (1) !

En 1863, l'*Union des médecins* de Seine-et-Oise, notifie aux sociétés de secours mutuels de ce département, qu'à partir de 1864, aucun médecin affilié à cette association médicale ne devra accepter d'abonnement, et que la rétribution à la visite sera désormais le seul mode de rémunération des sociétés envers les docteurs.

M. Giraud approuve les sociétés qui ont refusé de se soumettre à cette décision et garantit qu'elles tiennent bien des médecins aux conditions qu'elles préfèrent.

Au commencement de cette année, le président d'une Société, dans le département de la Loire, consulte M. Giraud sur ce qu'il faut répondre aux médecins de la localité, dont la clientèle est presque entièrement absorbée par l'association; et qui demandent que leur rétribution, par famille et par année, soit portée de 3 à 4 fr., non compris les accouchements et les grandes opérations.

M. Giraud s'empresse de répondre que les médecins de Niort se contentent de 2 fr. 40 par an et par famille (0,703 par individu).

Le président de la Société, homme de bon sens et sans fanatisme, après avoir tout bien considéré et posé, récrit à M. Giraud pour le remercier de sa réponse, mais lui déclare « qu'il est juste que chacun vive de son état, et que les services gratuits ou mal rétribués sont ordinairement les plus onéreux, » et la Société accède à la juste réclamation de ses médecins.

(1) Le fait que je consigne dans cette note a trait indirectement à notre compétence médicale dont il fait bon marché. Dans les cas de mort volontaire, si nous croyons devoir attester l'insanité du suicidé, le clergé lui accorde la sépulture religieuse. « Comment doit agir une société, quand un de ses membres se « suicide ? » demanda-t-on à M. Henri Giraud. — En aucun cas, répondit celui-ci, notre société de Niort ne rend les derniers devoirs à un suicidé, même quand le clergé consent à l'enterrer. — C'est d'un austère mutualiste et surtout d'un rude chrétien !

Je pourrais multiplier ces citations (1), mais à quoi bon ?

Tout ce que je viens d'énumérer (et de bien d'autres preuves encore que je pourrais placer sous vos yeux), ne ressort-il pas suffisamment que le titre de la fameuse brochure de Sieyès, *Qu'est-ce que le Tiers-Etat?* pourrait être celui de cette étude, modifié de la sorte : Qu'est-ce que le service médical dans l'assistance mutuelle ? — Presque tout. — Qu'est-il, au point de vue de la rémunération ? Presque rien.

## VIII

Qu'une Société, peu prévoyante, s'étant engagée à de trop fortes indemnités envers ses sociétaires, frappés d'incapacité de travail — ou ayant inconsidérément accepté, à ses débuts, pour *faire noyau* des hommes âgés et valétudinaires — ou éprouvée par une mauvaise veine sanitaire, etc., etc.; se voie en proie aux embarras financiers, obligée d'entamer ses fonds de réserve, de s'endetter, que sais-je?... C'est inévitablement sur le chapitre de la rémunération médicale et pharmaceutique qu'elle cherchera à se rattraper, les autres chapitres n'étant susceptibles d'aucune réduction.

Le *Rapport à l'Empereur* pour 1863 établit que les frais de service médical donnent une moyenne de 1 fr. 95 par sociétaire pour l'année sur tout le territoire de l'Empire, qu'un médecin rétribué à la visite ait le malheur de dépasser ce chiffre ! Si le bureau ne lui en fait pas l'observation en termes formels, du moins il peut s'attendre à ce que le secrétaire, dans son rapport annuel, au milieu des congratulations largement dispensées à droite et à gauche, gardera, à l'endroit de ses services, un silence significatif.

Dans l'état actuel des choses, je ne crois pas médire en avançant que : tout médecin, qu'une société rétribue à l'a-

(1) Je passe sous silence des insinuations doucereuses sur l'honorabilité médicale que pensent ternir certaines récriminations sur le nombre des visites.

bonnement a été, est ou sera mécontent de la situation qui lui est faite par la Société, toute société qui rétribue son médecin à la visite, a été, est ou sera mécontente de la situation qui lui est faite par le médecin.

## IX

Soit ! Concédera-t-on ; mais les causes ?

Les causes, cher et honoré confrère, sont de l'ordre matériel et de l'ordre moral.

De l'ordre matériel : dans l'insuffisance des ressources des sociétés. La moyenne des cotisations annuelles est de 12 fr. et quelques centimes par individu. Au taux actuel de l'argent, que faire de bon, de sérieux, de complet avec cela ? Notez que le médecin ne peut prétendre qu'au sixième de cette somme ; l'expérience démontre que s'il prélève davantage, l'équilibre est rompu et tout périlite.

Ce qui n'empêche pas des mutualistes convaincus de soutenir que l'association rurale est possible, même avec une cotisation de 20 centimes par mois ! — 48 sous par an pour se faire visiter par le médecin, médicamenter par le pharmacien, enterrer par qui de droit, l'indemniser de son chômage si l'on en réchappe. — Plus la gérance ; plus le fonds de retraite, etc., (1) !!! Quant à moi, cela confond ma raison ; et si l'on me donnait à choisir entre la solution de ce problème et la découverte de la pierre philosophale, je demanderais sans hésiter la survivance de Nicolas Flamel.

Les causes de l'ordre moral consistent essentiellement dans la participation aux avantages de l'association mutuelle concédée, à *égalité de contribution*, à qui veut y prendre part, sans distinction de fortune. Il y a là, particulièrement en ce qui regarde les honoraires médicaux, injustice et lésion ; et cette prétendue égalité n'est, à y regarder de près, qu'une inégalité choquante.

Eh quoi ! voici tel ouvrier aisé, tel patron solidement

(1) Voir l'opuscule de M. Louis Durand, secrétaire du préfet du Jura : *Des sociétés mutuelles rurales*.

établi, tel commerçant dont les affaires vont bien, tel propriétaire même qui, hier, payaient à leur docteur la redevance normale et qui, aujourd'hui, de par la mutualité, prétendent le frustrer de la moitié, des deux tiers et plus de ses honoraires? Et le médecin s'y prêtera de bonne grâce!... (1) Mais là où vous dites tout haut : *mutualité*, il articule tout bas : *coalition*...

Vous le voyez, cher et honoré confrère, le bel arbre de l'assistance mutuelle, pour revenir à ma comparaison initiale, a des épines, et des épines fort cuisantes pour la main secourable de ses médecins : et ses fruits, ses beaux fruits que l'on vante, sont parfois piqués du ver de l'égoïsme, entachés de la tare de l'injustice... Ceux-là sont-ils bien sains à ceux qui les consomment? Leur sens moral doit-il s'en trouver raffermi ou débilité? Je pose seulement la question.

## X

**Le remède?...**

**Ici soyons clair, précis, formel.**

L'association mutuelle vit par deux forces de nature différente, mais très-souvent et nécessairement associées dans les affaires de ce monde : l'amour et l'argent.

L'amour en est l'âme, l'argent le nerf.

Or, elle dispose de beaucoup d'amour, si l'on en croit ses zéloteurs, mais de peu d'argent, — toujours et surtout d'après leur dire.

Tâchons donc que l'amour batte un peu monnaie ! C'est là tout le remède.

Au commencement de la mutualité, on ne pouvait, on ne devait pas tenir ce langage. Avant tout, il fallait la rendre populaire, et le grand levier de la popularité, c'est le bon marché : demander peu, promettre beaucoup.

(1) Cet abus existe surtout dans les sociétés de petites et moyennes localités, où la délicatesse et l'amour-propre ne son pas inscrits au même diapason que dans les grandes villes, et où l'on tient pour positif « qu'il n'y a que les honteux qui perdent. »

Aujourd'hui, la mutualité est comprise, appréciée, en crédit. Elle est dans nos mœurs. L'arbre est assez vigoureux pour qu'on lui propose, dans l'intérêt de sa santé et de sa fécondité, quelques coups de sécateur.

Nous proposons de le tailler suivant le système Herpin, c'est-à-dire d'établir la cotisation proportionnelle aux ressources des membres de l'association.

La cotisation mensuelle de vingt sous est un minimum exigible seulement du journalier, du mercenaire vivant au jour la journée. Si l'on persiste à la maintenir comme moyenne de la cotisation égalitaire, il est impossible que la plupart des sociétés, sinon toutes, ne se trouvent point tôt ou tard en face d'une crise fâcheuse.

Je ne parle pas des médecins, avec lesquels on se verra habituellement dans des rapports froids, gênés, tendus.

Je ne propose point une contribution rigoureusement proportionnelle. M. Herpin a reconnu lui-même qu'elle est inapplicable, mais un certain nombre de catégories de cotisations.

Rien de plus équitable que cette méthode. Partout où il y a contribution et impôt, n'est-ce pas sur la fortune, le revenu, le chiffre des affaires réel ou présumé des contribuables que leur apport au fonds commun est fixé.

Cela constituerait une vraie et solide mutualité, où l'on s'aiderait réellement les uns les autres, tandis que l'égalité absolue de cotisation relève manifestement de l'axiôme égoïste : chacun pour soi. Je tiens pour certain que les sociétaires de la catégorie inférieure trouveraient plus naturel de bénéficier de la libéralité de leurs co-sociétaires participants que de profiter de l'offrande des sociétaires honoraires, laquelle n'est, pour beaucoup, qu'une aumône vue de mauvais œil.

Ces idées sont discutables, je le sais, et l'on risquerait à compter sur leur réalisation prochaine. Mais pour nous, membres de la famille médicale, un *desideratum* à remplir, sur lequel j'appelle toute l'attention des intéressés et qui vaut la peine d'une démarche collective auprès du pouvoir, c'est l'adjonction d'un professeur en médecine et d'un professeur en pharmacie à la commission consultative chargée

de la surveillance et de l'encouragement des sociétés de secours mutuels. Cette commission a pour tâche principale de vérifier les statuts des sociétés, statuts où la question de rétribution médicale et pharmaceutique tient la place la plus importante. L'adjonction que je demande est donc rigoureusement indispensable pour prévenir des mécomptes et des dissentiments regrettables et y porter remède, s'ils viennent à se produire.

## XI

Je suis, cher et honoré confrère, un enfant dévoué du corps médical et aussi un sincère partisan de l'association mutuelle que je voudrais voir partout florissante et forte. Je ne désespère pas de contempler un jour, bientôt peut-être, la mutualité embrassant dans son réseau tout notre territoire. Bientôt peut-être d'innombrables sociétés, développant au sein des classes populaires la santé du corps et de l'âme, se relieront en faisceaux par une centralisation puissante qui leur permettra de produire d'incalculables bienfaits.

Et non-seulement je ne le redoute point pour nous médecins, mais je l'espère, mais je le désire. C'est qu'alors, nous aussi, cédant à l'évidence du progrès, de la nécessité peut-être, nous ne pouvons pas ne pas nous mutualiser. C'est qu'alors, chaque jeune docteur, en sortant de retirer son diplôme de chez le secrétaire de la Faculté, ira se faire inscrire chez le secrétaire de l'Association générale des médecins de France,

Que je salue de ma sympathie dévouée,

H. ASTIER,

Docteur-médecin.

Chauffailles (Saône-et-Loire), ce 22 septembre 1865.

## NOUVELLES.

Le lundi 26 février 1866, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu, un concours public pour deux places de médecin de cet hôpital.

Le concours se composera de cinq épreuves, savoir :

Le lundi, question d'*anatomie et de physiologie* ;

Le mardi, question de *pathologie interne* ;

Le mercredi, question d'*hygiène et de thérapeutique* ;

Le jeudi, *clinique*, avec consultation orale ;

Le vendredi, *clinique*, avec consultation écrite.

Les médecins nommés par suite du concours remplissent les fonctions de suppléants jusqu'à ce qu'ils succèdent, par rang de nomination, aux médecins titulaires, dont le service a une durée de dix années.

Le traitement des médecins est fixé à 1,200 fr.

Le banquet annuel de l'internat de Lyon aura lieu le samedi 21 octobre prochain.

Tous les internes (anciens et actuels) sont invités à y prendre part.

Ce banquet se fera par *souscription*, et le prix de la cotisation est fixé à *quinze francs*.

On est prié de remettre, en *souscrivant*, le montant de la cotisation à l'interne de porte à l'Hôtel-Dieu, ou à MM. Bianchi et Marduel, internes dans le même hôpital.

La liste de souscription sera close le 16 octobre au soir.

MM. les souscripteurs seront informés par une lettre du lieu et de l'heure de la réunion.

Deux nouvelles chaires viennent d'être créées à la Faculté de médecine de Strasbourg.

M. Bach, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie externe.



M. Wieger, agrégé, est nommé professeur titulaire de la chaire de pathologie interne.

---

La Société centrale de médecine du département du Nord vient de mettre au concours les questions suivantes :

**MÉDECINE.** — Diagnostie et traitement des maladies qui portent atteinte aux fonctions locomotrices et qu'on peut, abstraction faite des affections chirurgicales, rapporter à des modifications pathologiques des systèmes musculaire et nerveux.

**CHIRURGIE.** — Des obstacles (autres que les hernies) au cours des matières dans l'intestin grêle et des moyens d'y remédier.

Ces affections redoutables sont assez rares pour que l'expérience personnelle d'un seul praticien soit nécessairement assez bornée à l'endroit des moyens chirurgicaux dirigés contre elles. La Société considérera donc comme un titre sérieux à ses récompenses une statistique exacte des résultats obtenus jusqu'à ce jour.

**THÉRAPEUTIQUE.** — 1<sup>re</sup> question. — Des médicaments dont les effets physiologiques se rapprochent de ceux des émissions sanguines et dont l'administration peut, dans certaines circonstances, y suppléer avantageusement.

2<sup>e</sup> question. — Rechercher dans le seigle ergoté un principe immédiat bien défini qui en ait les propriétés. Etudier sur les animaux l'action physiologique de ce principe immédiat et des quelques sucédanés du seigle ergoté qu'on pourrait proposer.

#### PRIX.

Chacune de ces questions peut obtenir :

1<sup>er</sup> prix, Médaille d'or.

2<sup>me</sup> prix, Médaille d'argent.

Mention honorable.

Une somme de deux cents francs a été ajoutée au prix de médecine par un confrère anonyme, qui a fait don, l'année précédente, d'une somme égale pour le prix de chirurgie.

La clôture du concours est fixée au 1<sup>er</sup> juillet 1866.

Le corps médical de l'Italie a payé sa dette de dévouement aux cholériques d'Ancône. MM. les docteurs Bruscolini, Jean Corbiller, Marchetti, Gaetan Persichetti, Piccinini, César Pol-loni, Stephanini, sont morts victimes de l'épidémie qu'ils allaient combattre.

---

Les hôpitaux de Marseille viennent de perdre un de leurs meilleurs élèves. M. Louis Mathieu, interne, a succombé aux atteintes du choléra dans l'exercice de ses fonctions.

Le corps médical et l'administration des hôpitaux se sont associés au dernier hommage rendu à ce nouveau martyr du devoir.

---

Les journaux du Midi nous apportent la triste nouvelle de la mort de M. le professeur Alquié (de Montpellier). Nous ignorons à quelle maladie a succombé notre savant et regretté confrère.

---

La statue de Jenner vient d'être inaugurée à Boulogne-sur-Mer. Les docteurs Gros et Livois ont prononcé l'éloge du propagateur de la vaccination.

---

M. le docteur Henri Roger vient de faire don d'une somme de 500 fr. aux associations médicales de bienfaisance, 200 fr. à l'Association générale, 200 fr. à la caisse des pensions de retraite, 100 fr. à l'Association de la Seine.

---

La Société des sciences médicales reprendra ses séances le mercredi 17 octobre, à 7 heures du soir.

*Le directeur du Comité, gérant,*

**GAILLETON.**

---

**TRAVAUX ORIGINAUX.**

---

**DU TRAITEMENT DE L'OZÈNE ET DES ULCÉRATIONS DE  
LA MUQUEUSE DU NEZ PAR LES DOUCHES NASALES.**

Par le docteur GAILLETON, chirurgien en chef de l'Antiquaille.

*(Note lue à la Société des sciences médicales.)*

---

On désigne sous le nom d'ozène les diverses affections des fosses nasales caractérisées par une odeur fétide de l'air expiré par les narines. Cette odeur spéciale se rencontre dans un certain nombre d'affections assez différentes les unes des autres et s'observe également en dehors de toute altération appréciable de la muqueuse. De là cette division classique de l'ozène en id'opathique et symptomatique.

Le coryza chronique, les ulcérations de la pituitaire limitées à la muqueuse ou s'étendant jusqu'aux parties osseuses, la carie, la nécrose des os du nez, du vomer, de l'éthmoïde, sont les altérations anatomiques que l'examen chirurgical ou les autopsies ont fait reconnaître. On a recherché dans la scrofule, la diathèse herpétique, la syphilis, etc., les causes générales de ces lésions.

Les diverses altérations locales que nous venons d'énumérer ne suffisent pas cependant à elles seules pour expliquer l'ozène; car : 1° il existe des malades chez lesquels il est impossible de retrouver aucune des lésions précédentes; 2° des lésions identiques par l'aspect extérieur n'amènent pas également sur tous les sujets l'odeur fétide. Aussi, la plupart des auteurs admettent que l'ozène vrai exige pour sa production une altération spéciale dans la composition du produit de sécrétion de la muqueuse, altération dont la cause nous est encore inconnue. M. Trousseau a comparé avec raison, sous le rapport de la genèse, l'odeur fétide de la

transpiration cutanée chez certains individus avec la puanteur de l'ozène. Nous partageons cette manière de voir et sommes convaincu que pour le développement de l'ozène, des conditions organiques spéciales sont nécessaires. Mais cette disposition morbide peut être singulièrement favorisée par la présence d'ulcérations syphilitiques ou autres dans les fosses nasales, et pour arriver à la guérison, le médecin doit soigneusement combattre ces causes occasionnelles.

Laissant de côté tout ce qui a rapport à la symptomatologie et au diagnostic, j'arrive au traitement et m'occuperai spécialement des moyens thérapeutiques locaux à employer contre l'ozène idiopathique et celui qui est lié à une inflammation chronique de la muqueuse sans ulcérations.

Le traitement général a des indications assez précises pour que je m'abstienne d'en parler ici.

Une foule de médicaments ont été vantés contre l'ozène, et l'expérience a successivement démontré leur peu d'efficacité. Les moyens locaux comprennent des agents médicamenteux qui ont pour but : 1° de modifier l'odeur exhalée; à cette catégorie se rapportent les poudres ou liquides aromatiques, eaux de senteur, eau chlorurée; 2° d'absorber les gaz fétides et de neutraliser leur odeur; poudres absorbantes, sous-nitrate de bismuth, poudre de charbon.

Ces divers moyens ne remplissent que très-imparfaitement le but, et on comprend sans peine leur inefficacité. Aussi, d'autres médications ont-elles été proposées depuis les temps les plus anciens pour modifier le mode de vitalité des parties malades.

Les préparations pharmaceutiques se rapportent toutes à deux types :

1° Poudres et liquides de composition variée que l'on insuffle ou que l'on injecte dans les fosses nasales dans le but d'obtenir un effet astringent ou cathérétique.

2° Action directe d'un caustique ou du cautère actuel pour détruire des ulcérations visibles ou cachées.

Toutes les formules peuvent rentrer dans un des groupes précédents. J'étudierai seulement les médications les plus usitées aujourd'hui. Ce sont :

A. Les injections avec les solutions d'acide phénique, de permanganate de potasse, de chlorate de potasse, de perchlorure de fer.

B. Le traitement de M. Trousseau qui consiste dans l'insufflation d'une poudre composée de calomel, 1 gr. 20, oxyde rouge de mercure, 0,60, et sucre candi, 16; puis tous les jours deux aspirations ou injections avec une ou deux cuillérées à café de la solution suivante dans un verre d'eau chaude : sublimé, 8; alcool, q. s.; eau distillée, 380.

C. Enfin le traitement de M. Cazenave (de Bordeaux) qui cautérise l'intérieur des fosses nasales suivant un procédé décrit dans tous les livres de médecine opératoire. Il fait, dans quelques cas, des injections avec une solution plus ou moins concentrée de nitrate d'argent, 1 à 4 grammes sur 30 d'eau distillée.

Ces diverses méthodes comptent, en nombre inégal, il est vrai, des succès et des échecs. Les solutions que j'ai énumérées plus haut (acide phénique, permanganate de potasse, etc.) ne paraissent pas appelées à un plus grand avenir que les diverses préparations d'alun, de plomb, de chlore, etc., usitées auparavant. L'injection simple détruit l'odeur pendant quelques minutes seulement, et les pansements permanents qui modifient l'odeur pendant leur application sont impossibles.

Le traitement de M. Trousseau revendique quelques guérisons, mais peu fréquentes. La cautérisation de M. Cazenave donne de meilleurs résultats, mais trop souvent encore on voit échouer les méthodes les plus rationnelles et les plus scrupuleusement suivies.

A quoi peut tenir cet insuccès de la thérapeutique? Ce n'est pas au peu d'énergie des agents employés, car ce sont les plus actifs de la matière médicale.

L'insuccès dépend, en grande partie du moins, de ce fait que le siège du mal reste inaccessible au remède employé. Cette proposition nous permet d'expliquer et le peu d'utilité d'un grand nombre de préparations et les raisons d'insuccès de toutes les méthodes.

Si l'ozène est une affection *sui generis* de la membrane pituitaire, s'il est produit par un vice inconnu encore de la

sécrétion glandulaire, il siège non pas seulement sur la partie externe des fosses nasales, sur la cloison, mais bien dans toute l'étendue de la membrane de Schneider, dans les plis nombreux et les méandres des fosses nasales. Quelle action exercent, dans ce cas, les poudres diverses insufflées? Les liquides eux-mêmes employés suivant la méthode ordinaire n'ont qu'une action des plus restreintes quant à l'étendue du mal.

La méthode de M. Cazenave a dû certainement ses succès à deux causes : 1° elle permet de cautériser et d'amener, par conséquent, à guérison les ulcères peu profonds des fosses nasales et visibles à l'œil ; 2° en cautérisant aussi haut que possible, même lorsqu'il ne voyait pas les ulcérations, M. Cazenave badigeonnait ainsi une grande partie de la muqueuse, et le caustique, en se liquéfiant, allait agir encore sur d'autres points. — Enfin, dans les cas de coryza sans ulcérations, ce chirurgien promenait le crayon sur toutes les parties accessibles et se créait ainsi les meilleures chances de succès.

Les heureux résultats obtenus par cette pratique justifient notre manière de voir et expliquent en même temps pourquoi certains cas se montrent rebelles. L'ozène idiopathique de toutes les variétés étant celle qui occupe les plus grandes surfaces sera la plupart du temps réfractaire. La cause réside-t-elle dans des ulcérations accessibles, il guérira bien plus facilement.

Nous allons maintenant rechercher par quels moyens nous pouvons modifier sûrement l'intérieur des fosses nasales par l'emploi d'un agent thérapeutique.

Weber (de Halle) a démontré que lorsqu'une des fosses nasales est remplie par un liquide soumis à une pression hydrostatique, si le sujet respire en même temps, le voile du palais se relève de manière à fermer au liquide tout accès dans le pharynx, et ce liquide sort par l'autre narine.

M. Thudicum, mettant à profit cette donnée physiologique, a imaginé, pour porter les médicaments dans les fosses nasales, un appareil spécial. « Sur un pied solidement assujéti, il fixe un verre cylindrique très-haut, de la capacité d'un litre et demi. Le fond de ce verre est percé d'un

trou auquel s'adapte un tuyau en caoutchouc, tuyau qu'on peut, à volonté, ouvrir ou fermer à l'aide d'un robinet. Si, maintenant, vous supposez ce tuyau terminé par un bout mobile, d'une grosseur telle qu'il n'entre dans la narine qu'à frottement, vous comprenez qu'en ouvrant plus ou moins le robinet, vous projetez dans les fosses nasales un jet de liquide plus ou moins fort qui, selon sa composition, les absterge ou y porte un liquide médicamenteux. Le malade est tenu, durant l'injection, dans le décubitus horizontal. Avec un peu d'habitude, on parvient à faire pénétrer le liquide dans l'antra d'Hyghmore, et même dans les sinus frontaux. » *The Lancet*, 26 novembre et 3 décembre 1864. — *France médicale*, 31 décembre 1864.

Répétant les expériences de Weber et de Thudicum, j'obtins des résultats semblables. Seulement, lorsque la pression à laquelle est soumis le liquide n'est pas assez grande, ce dernier retombe en partie dans le pharynx.

Si on fait passer un courant liquide peu volumineux, comme celui d'une petite seringue, dans la narine, le liquide passe en grande partie dans le pharynx, ou revient par la narine dans laquelle on a pratiqué l'injection.

Si le jet est plus gros, comme celui que donne une seringue à hydrocèle, le liquide revient en partie par l'autre narine, mais il en tombe une certaine quantité dans l'arrière-gorge, et il survient des quintes de toux qui coïncident avec cette chute du liquide. Enfin, si l'on se sert d'un embout assez volumineux adapté à un instrument débitant un certain volume d'eau, le liquide revient en entier par la narine opposée à celle où il a été injecté.

Ce phénomène se produit avec d'autant plus de facilité que l'embout s'adapte mieux à la narine et obture plus complètement l'orifice externe.

Dans ce cas, la fosse nasale est remplie par une colonne liquide qui pénètre dans tous les points de son étendue et le liquide parvient jusque dans les points reculés.

Dans ces conditions, aucun point du mal n'échappe à l'action du remède, et on peut comparer les effets produits à ceux qu'on obtient par les douches utérines dans les maladies du col de la matrice.

Ne pouvant me procurer l'instrument de l'auteur, j'essayai successivement de faire l'irrigation avec un clyso-pompe, un irrigateur Eguisier, un tube adapté au robinet de la compagnie des eaux. Tous ces modes réussirent, mais l'irrigateur est le moyen le plus commode, le plus facile à manier; c'est celui dont je me sers habituellement.

Tous les appareils à douche utérine seraient bons pour arriver au même résultat.

*Des préparations à employer.* — Les agents thérapeutiques que l'on peut mettre en usage sont l'eau à divers degrés de température, les solutions légèrement astringentes renfermant par litre 10 grammes de sel marin, 1 à 3 gr. d'alun, 1 à 4 grammes de sulfure de potasse, 0,30 à 1 gr. de sulfate de zinc, 0,05 à 10, 20 centigrammes de nitrate d'argent; des décoctions de feuilles de noyer, d'écorce de ratania, de quinquina, etc., etc.

Les eaux minérales naturelles, et spécialement les eaux sulfureuses, eau de Challes étendue de moitié d'eau peuvent rendre d'utiles services.

Il est facile de multiplier les remèdes, mais les plus simples à manier sont de beaucoup préférables.

Il est inutile d'insister sur les indications de chacun de ces médicaments. Je commence par les irrigations à l'eau simple, puis j'emploie les décoctions végétales astringentes. Si la muqueuse est épaissie, hyperémique, je passe aux solutions faibles de sel marin, d'alun, aux eaux sulfureuses, et ce n'est que plus tard, si aucune modification ne survient, que j'ai recours aux préparations de sulfate de zinc, etc.

*Manœuvre opératoire.* — La position horizontale recommandée par Thudicum est très-incommode. Lorsque le malade pratique lui-même son injection, il vaut mieux le placer assis, la tête légèrement inclinée en avant, et lui faire tenir d'une main sous son menton la cuvette destinée à recevoir le liquide. Il peut également se placer debout devant une cheminée ou un meuble sur lesquels repose la cuvette.

On lui recommande de respirer le plus naturellement possible, sans effort ni précipitation, de ne pas s'inquiéter de la sensation un peu désagréable de la première applica-



tion. On introduit la canule de l'irrigateur dans une des narines, en obturant, avec le doigt appuyé sur l'aile du nez, le léger vide qui pourrait rester ; on ouvre le robinet peu à peu, et le liquide retombe dans le vase destiné à le recevoir. La canule doit être d'un certain volume pour bien obturer l'orifice.

On commence par une irrigation d'un à deux litres, pour habituer le malade. Après quelques essais avec l'eau tiède, on remplace ce liquide par une solution de feuilles de noyer, etc., et l'on ne passe à l'injection cathérérique, si elle est nécessaire, qu'autant que le malade bien exercé n'est plus exposé à voir le liquide tomber dans l'arrière-gorge.

Dans l'ozène, je recommande au malade de faire tous les jours une irrigation de dix litres environ, en deux fois, cinq litres le matin et cinq litres le soir. Je fais toujours précéder les injections médicamenteuses d'une irrigation à l'eau tiède pour déterger les surfaces. Deux à trois litres de solution minérale forte sont suffisants dans les 24 heures. Sur la fin du traitement, on diminuera progressivement la quantité du liquide, et la guérison obtenue, on continuera pendant quelques jours une irrigation de un à deux litres d'eau pure pour éviter les récidives.

*Des inconvénients de la douche et de quelques précautions à prendre.* — Chez quelques personnes pusillanimes, ou douces d'une grande sensibilité, les premières applications sont quelquefois difficiles. Le plus souvent, ces malades n'exécutant pas bien les mouvements respiratoires, avalent quelques gouttes de liquide et sont pris de quintes de toux. Dans ces cas, le médecin enseigne au malade le mode opératoire et l'engage à le répéter chez lui avec de l'eau tiède. J'ai toujours vu les malades, après deux ou trois essais sur eux-mêmes, revenir bien habitués à leur manœuvre. Il est bon de laisser reposer de temps en temps le malade après une injection d'un ou deux litres. Dans les premières tentatives, le malade ressent une sensation de plénitude dans les fosses nasales, spécialement à la partie supérieure ; il éprouve pendant l'irrigation des phénomènes analogues à ceux du rhume de cerveau ; mais ce premier effet passe

très-vite, et je ne l'ai jamais vu assez prononcé pour arrêter le traitement.

*Des résultats obtenus.* — Un fait singulier a tout d'abord attiré notre attention, c'est que sur cinq malades atteints d'ozène idiopathique, toujours l'odeur a disparu après le quatrième ou le sixième jour du traitement à l'eau simple ou salée. La guérison n'était pas obtenue, car la récurrence serait inévitable, si on cessait alors le traitement; mais le symptôme si pénible pour le malade avait disparu, et cette circonstance est pour lui un puissant encouragement à persévérer. — Sur le malade de l'observation 2, le troisième jour, il n'y avait plus trace d'odeur, et ce jeune homme se croyait guéri comme par enchantement; disait-il. Tous les malades que nous avons soignés ont guéri après un traitement de 3 à 4 mois environ, et cependant ils avaient été soumis auparavant à une série de traitements tous restés inefficaces.

OBSERVATION I<sup>re</sup>. — *Punaisie chronique.* — *Insuccès de diverses médications.* — *Irrigations continues.* — *Guérison.*

M<sup>lle</sup> X..., âgée de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, réglée depuis l'âge de 15 ans, vient me consulter le 4 janvier 1864. — Cette jeune fille est atteinte depuis deux ans et demi d'une affection des fosses nasales caractérisée par une odeur de punais, assez fétide pour avoir obligé ses parents à la retirer de la pension où elle faisait ses études. Plusieurs médecins ont été consultés et ont ordonné des anti-scrofuleux : huile de foie de morue, iodure de potassium, etc., des insufflations avec des poudres absorbantes ou désinfectantes, des lotions avec des liquides plus ou moins caustiques. Ces divers moyens ont été d'une complète inefficacité.

*Etat actuel.* — Le nez est aplati à sa racine et est assez fortement camard; à part ce vice de conformation, rien d'anormal dans la charpente du nez.

L'examen des narines, de la muqueuse nasale ne laisse rien voir de pathologique. Point d'ulcérations visibles sur un point quelconque de la muqueuse. Un mucus fétide abondant sort par les narines de temps en temps. L'odorat est, en grande partie, aboli.

La malade n'a pas rendu de matières épaisses, solides, en forme de bouchons, mais à plusieurs reprises, elle a présenté des poussées impétigineuses aux environs de la lèvre supérieure sur le pourtour des narines. Il est difficile de rapporter à une lésion ulcéreuse l'odeur fétide exhalée par les narines malades. L'absence de congestion de la muqueuse tend bien plutôt à faire supposer qu'il s'agit ici d'un ozène idiopathique, lié à une altération spéciale du produit de sécrétion de la pituitaire. L'aplatissement de la racine du nez ne peut que favoriser la production de cette odeur fétide.

*Prescription.* — Traitement général par l'iodure de potassium ; insufflations de poudres d'alun et de camphre. Lotions avec une solution de nitrate d'argent, 1 sur 20.

Continués pendant quinze jours, ces remèdes n'amènent aucun résultat satisfaisant. L'odeur disparaît pendant la durée de l'application du pansement, mais reparait quelques minutes après que celui-ci a été enlevé.

20 janvier. — Pansement avec des bourdonnets de charpie imbibés d'une solution de permanganate de potasse. — Injections avec ce même liquide. — Insuccès.

5 février. — Le permanganate de potasse est remplacé par l'acide phénique. — Même insuccès.

Je cautérise à plusieurs reprises le fond des cavités nasales avec l'instrument et selon la méthode de M. Cazenave, de Bordeaux. Cette tentative n'a pas mieux réussi.

Au commencement du mois de mars, je pratique une première irrigation et je continue tous les jours. Après quelques désagréments, la malade s'habitue facilement et parvient à les faire elle-même sans le moindre inconvénient.

Une première série d'irrigations, trois fois par jour et quatre litres chaque fois, fut faite avec de l'eau additionnée d'une cuillerée à bouche de sel de gris pour deux tiers de litre environ.

L'odeur cesse immédiatement après la seconde irrigation. Elle n'a plus reparu.

Les liquides employés furent successivement une décoction de feuilles de noyer avec addition de sel, une décoction de roses de provins avec 4 grammes d'écorces de ratania par litre de liquide.

Ces liquides furent successivement employés pendant un mois, et la malade faisait ses irrigations au moyen d'un grand appareil Eguisier.

Après ce laps de temps, nous laissâmes reposer la malade pendant quelques jours, mais le dixième jour, à notre grand

déplaisir et à celui de la malade, l'odeur commençant à revenir, la jeune fille recommença immédiatement l'irrigation.

Nous pensâmes alors que des agents plus énergiques étaient nécessaires pour modifier profondément la vitalité de la muqueuse, et nous employâmes successivement pendant huit jours chacun : 1° Une solution d'alun, 3 grammes par litre ; 2° Une solution de sulfate de zinc, 1 gramme par litre ; 3° Une solution d'azotate d'argent, 10 centigr. par litre.

21 mai. — Le traitement est suspendu. La jeune fille reprend ses occupations habituelles et retourne à sa pension. Le dimanche et le jeudi, elle fait, par mesure de précaution, une irrigation avec un litre seulement d'eau ordinaire matin et soir ; aucune trace d'odeur n'a reparu jusqu'à présent. La jeune fille a pris pendant deux mois du sirop d'iode de fer, du fer réduit et des bains sulfureux tous les quatre jours.

Dans cette observation, nous voyons :

1° L'insuccès complet des diverses méthodes. — Poudres et liquides désinfectants. — Cautérisation.

2° Le traitement général a été insuffisant par lui-même.

3° L'irrigation a fait cesser l'odeur de punais dès les premières applications. L'odeur a reparu après la suspension de la médication qui n'avait pas été assez prolongée ; mais, à la suite du nouveau traitement, elle a cessé tout à fait.

4° La cause de cette affection paraissait tenir, chez notre malade, à une sécrétion vicieuse de la pituitaire qui a été combattue par les astringents divers qui ont été employés.

OBS. II. — *Coryza chronique. — Punaisie. — Inflammation de l'oreille moyenne. — Irrigations continues. — Guérison.*

M. X..., âgé de 19 ans, constitution assez bonne, tempérament lymphatique, est malade depuis dix-huit mois.

Ce jeune homme, à la suite de travaux intellectuels et de veilles prolongées, a éprouvé des douleurs assez vives qui partaient de l'intérieur des fosses nasales pour s'irradier vers le front et dans la tête. Un sentiment de gêne dans les narines, qui semblaient obstruées, a bientôt accompagné ces premiers symptômes, qui furent suivis d'une odeur de plus en plus fétide.

Le malade consulta un médecin qui lui prescrivit un traite-

ment général et local que le malade ne peut préciser. Cette médication resta sans effet, et un traitement hydrothérapique suivi pendant quelque temps n'amena pas un meilleur résultat.

Au mois de juin 1864, un autre médecin cautérisa à plusieurs reprises l'intérieur des fosses nasales avec le nitrate d'argent et fit badigeonner la cavité nasale avec la teinture d'iode. Le malade crut remarquer qu'à partir de ce moment, il s'écoulait de temps à autre des quantités plus considérables de mucus purulent. Une humeur demi-solide, ou bien une matière épaisse et concrète, d'une odeur repoussante, sortait parfois sous forme de bouchons volumineux, infects.

Les efforts d'expulsion pour débarrasser les fosses nasales de ces corps étrangers furent assez violents et répétés plusieurs fois par jour; il en résulta des douleurs vives dans l'arrière-gorge et un bourdonnement d'oreilles fort incommode. Un traitement par l'huile de foie de morue et autres anti-scrofuleux fut complètement inefficace contre ces symptômes.

*Etat actuel.* — 6 avril 1865. — La conformation extérieure du nez est normale; le palper ne révèle aucune altération de la charpente du nez. Point de rougeur à l'extérieur des narines, pas d'éruptions impétigineuses.

Le malade exhale une odeur fétide, repoussante, qui remplit la chambre, lui interdit tout rapport social et l'empêche de poursuivre ses études.

L'ouverture des narines est obstruée par du mucus demi-solide, jaune verdâtre, et par des concrétions grisâtres adhérentes et extrêmement fétides.

L'orifice ayant été débouché par l'enlèvement de ces croûtes au moyen de tractions à la pince et d'un lavage à l'eau tiède, on aperçoit la muqueuse nasale d'un rouge vineux prononcé, surtout vers la partie inférieure des narines et sur les deux faces de la cloison. Aussi loin que la vue puisse pénétrer, on aperçoit cette coloration.

Nulle part, on ne trouve d'ulcérations.

Le matin spécialement, il s'écoule par le nez une humeur mucoso-purulente en assez grande quantité; puis, pendant 15 ou 18 heures, le nez reste complètement sec et se remplit des concrétions dont nous avons déjà parlé.

Le malade n'éprouve plus depuis longtemps le besoin de moucher, et quand les concrétions deviennent gênantes par leur volume et leur nombre, il se livre à des efforts désordonnés pour les expulser et ne peut y parvenir qu'après de longues tentatives. Alors surviennent des douleurs vives dans la gorge et des bour-

donnements d'oreilles qui incommode au plus haut degré le malade.

L'odorat est à peu près aboli, les odeurs ne sont plus perçues par le malade.

Le voile du palais, le pharynx sont le siège d'une fluxion intense; les amygdales sont volumineuses.

Depuis quelque temps, les fonctions digestives s'accomplissent mal, et immédiatement après le repas, le malade est pris de malaise, de sensation de pesanteur à la région [épigastrique et de céphalalgie.

*Prescription.* — 6 avril. — Un gramme de tartrate de fer et de potasse à prendre au moment du repas dans du sirop d'écorce d'oranges amères. Bains sulfureux. Irrigations à l'eau tiède, 10 litres par jour.

9 avril. — Le malade commence à s'habituer à l'irrigation. On emploie deux litres d'une décoction de feuilles de noyer pour l'irrigation, additionnée de quatre cuillerées à bouche de sel de cuisine.

11 avril. — L'odeur a disparu complètement, et le malade est aussi satisfait qu'étonné de ce résultat.

Continuer l'irrigation (cinq litres de la solution précédente). Cette quantité est injectée en deux ou trois fois dans la journée. Employer d'abord l'eau simple pour bien nettoyer la cavité nasale, puis le mélange indiqué.

On prescrit au malade un purgatif tous les deux jours, pendant douze jours.

17 avril. — Le résultat est toujours satisfaisant. L'odeur n'a pas reparu. La muqueuse nasale a conservé sa coloration foncée. Le malade se plaint d'avoir rendu en grande quantité du mucus solide. Les digestions sont toujours pénibles. — *Prescription* : prises de fer réduit par l'hydrogène, cannelle et magnésie, aa, 15 centigrammes par jour.

1<sup>er</sup> mai. — Même état. — Irrigations avec décoction de roses de provins. Deux litres additionnés de 20 grammes d'extrait de ratania.

15 mai. — La muqueuse est toujours congestionnée. L'odeur n'a pas reparu.

Irrigations avec eau additionnée de 4 grammes de sulfure de potasse par litre. — Trois litres dans 24 heures.

15 juin. — L'état de la muqueuse s'est sensiblement modifié. La rougeur tend à disparaître, mais le malade se plaint vivement de l'odeur de l'injection et accuse une sensibilité très-vive de la gorge.

On suspend le traitement.

L'odeur a reparu quatre jours après la cessation des irrigations. Le traitement est repris.

Quelque temps après, il survint une inflammation très-vive de la gorge, des douleurs très-intenses dans l'oreille, accompagnées d'une rougeur et du gonflement du pourtour de l'oreille externe. Médication antiphlogistique. — Purgatif. L'appétit est revenu, les digestions se font bien.

Au commencement de septembre, tout traitement est suspendu, et aujourd'hui nul symptôme n'a reparu. Le malade commence à moucher; il est employé dans un bureau. Seulement il m'a dit ces jours derniers que de temps en temps il se fait une irrigation, de peur, dit-il, de voir reparaître ce mal qui a failli compromettre sa carrière.

Les réflexions faites à propos de la première observation sont justement applicables à cette deuxième observation. Insuccès des méthodes les plus variées. Efficacité rapide de l'irrigation. Guérison complète après un traitement assez court d'une affection rebelle et ancienne.

Obs. III. — *Coryza chronique.* — *Ozène.* — *Irrigations.* — *Guérison.*

X..., âgé de 14 ans, tempérament lymphatique, constitution un peu chétive, est atteint depuis six mois d'un coryza chronique avec ozène. La muqueuse nasale est rouge, épaissie et sécrète un liquide mucoso-purulent avec abondance. Le malade est sujet à s'enrhumer avec la plus grande facilité. L'air expiré par les narines a une odeur fétide qui, peu prononcée au début, devient tous les jours plus sensible.

Les lèvres sont légèrement tuméfiées

15 avril. — Traitement général. — Huile de foie de morue. Bains sulfureux. — Comme traitement local, douche à l'eau tiède pendant cinq jours. — Douche avec décoction de feuilles de noyer, additionnée d'une cuillerée à bouche de sel marin par litre d'eau. Six litres par jour.

Sous l'influence de ces moyens, l'odeur disparaît d'abord, puis la sécrétion diminue peu à peu, la muqueuse reprend son aspect habituel, etc.

Deux mois après, la guérison était obtenue. Pendant un mois

injection d'un litre par jour ; et aujourd'hui, il n'y a pas eu de récurrence.

Je passe sous silence deux observations identiques aux précédentes et qui guérissent après trois mois de guérison.

*De l'application des injections à quelques maladies des fosses nasales.* — Les irrigations pratiquées suivant la méthode que nous avons décrite conviennent surtout au traitement de l'ozène idiopathique ; mais elles constituent, en outre, un auxiliaire utile de la thérapeutique des ulcérations diverses du nez. Dans le lupus étendu à l'intérieur des narines, l'irrigation convient pour débayer l'intérieur du conduit des croûtes épaisses qui l'obstruent et sont un obstacle à l'application régulière des topiques.

OBS. IV. — *Lupus hypertrophique. — Récurrence dans les fosses nasales. Pansement avec une solution d'azotate d'argent. — Irrigations continues. — Guérison.*

M<sup>lle</sup> X... âgée de 19 ans, d'une assez bonne constitution, mais d'un tempérament lymphatique exagéré, a été traitée pendant longtemps pour un lupus hypertrophique du nez et de la partie inférieure des fosses nasales. Cette affection, guérie depuis deux ans environ, a nécessité des cautérisations fréquentes et l'emploi de moyens généraux et locaux qu'il est inutile d'énumérer ici.

Au mois de janvier 1863, la maladie récidive dans les fosses nasales, épargnant complètement la surface externe du nez. Elle siège sur le bord inférieur des narines, vers la sous-cloison, et spécialement à la partie inférieure des fosses nasales, au pourtour de l'orifice.

Surfaces rouges vineuses, saignantes au moindre attouchement, hérissées de petites granulations séparées par des anfractuosités assez profondes. Suppuration abondante. Croûtes verdâtres, sanguinolentes, obstruant l'orifice des narines.

Une première irrigation (trois litres d'eau tiède) est faite pour nettoyer les surfaces malades. On voit alors les granulations signalées plus haut remonter le long de la sous-cloison et sur la paroi interne de l'aile du nez. De petites ulcérations sont creusées en divers points.

*Prescription.* — 20 mars. — Sirop d'iodure de fer. — Bains



sulfureux. — Pansement avec une solution de 1 gramme sur 15 d'azotate d'argent. Immédiatement avant le pansement qui sera répété matin et soir, faire une irrigation avec 5 litres de décoction de feuilles de noyer, additionnée d'une cuillerée à bouche de sel marin par litre.

15 jours après le début du traitement, amélioration sensible ; les bourgeons s'affaissent, la muqueuse perd sa coloration violacée, la suppuration ne forme plus des croûtes aussi épaisses, aussi adhérentes.

Un mois après, l'amélioration continue, la muqueuse reprend son aspect habituel. On cesse le pansement et on se borne à des irrigations matin et soir (cinq litres) avec une décoction de roses de provins.

Dans cette observation, le rôle de l'irrigation a été secondaire, et la plus grande part de la guérison doit être attribuée à l'action topique de l'azotate d'argent. Mais en considérant la gravité du mal et la rapidité avec laquelle il a cédé, on peut croire que le nettoyage facile des fosses nasales, l'expulsion complète des débris de suppuration, croûtes, etc., a favorisé beaucoup l'action du nitrate d'argent, et que l'irrigation a été un excellent auxiliaire.

Dans un cas d'ulcère syphilitique accompagné de croûtes épaisses, l'irrigation nous a permis de mettre le mal bien à nu, de constater la destruction d'une partie de la cloison, et a été employée avec succès comme traitement local.

Ons. V. — *Ulçère syphilitique de la cloison. — Traitement général et local par l'iodure de potassium. — Guérison.*

M. X...., âgé de 34 ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin, est malade depuis quelques semaines. Le lobule du nez est légèrement tuméfié, un peu rouge ; l'ouverture des narines bouchée en grande partie par des croûtes noirâtres épaisses et des plus adhérentes. Les lotions tièdes détachent difficilement une partie de ces croûtes et laissent voir au-dessous d'elles des surfaces grenues suppurantes. Rien dans les antécédents du malade ne laisse supposer une prédisposition aux maladies cutanées, et après quelques hésitations, le malade avoue

avoir été traité, il y a dix ans environ, pour un chancre qui fut suivi d'accidents syphilitiques.

Nous fîmes quelques irrigations à l'eau tiède, et après le deuxième jour, toutes les croûtes se détachèrent et mirent à nu une ulcération de la grandeur de près d'un centime et qui avait détruit une partie de la cloison. Nous prescrivîmes des injections avec trois litres d'eau additionnée avec 9 gr. d'iodure de potassium par jour, et en même temps nous administrâmes l'iodure à l'intérieur (4 grammes par jour).

Sous l'influence de ces moyens, l'ulcération s'amenda rapidement; le huitième jour, l'ulcère entra en voie de réparation; le vingtième jour, il était à peu près guéri. Le malade continue son traitement pendant un mois. Il est aujourd'hui (deux mois après) complètement guéri.

Sans donner, dans ce cas, plus d'importance qu'elle n'en mérite à l'irrigation, nous pouvons remarquer cependant qu'elle a favorisé le traitement et que sous son influence, la guérison a été obtenue assez rapidement.

Enfin, dans les cas de carie ou de nécrose accompagnés de petits séquestres, l'irrigation rend d'utiles services en facilitant l'issue des parcelles mortifiées, en nettoyant les surfaces.

Après la lecture de cette note, notre collègue, M. Gayet, dans un cas de nécrose syphilitique des os du nez, a employé l'irrigation avec succès, et par ce moyen, la chute des séquestres a été obtenue avec une grande facilité.

**CONCLUSIONS.** — Des faits relatés dans ce travail, nous concluons que :

1° L'irrigation est le seul moyen de faire pénétrer les médicaments dans toute l'étendue des fosses nasales ;

2° Cette méthode permet d'obtenir la guérison de l'ozène idiopathique, affection jusqu'ici le plus souvent incurable ;

3° L'irrigation est un auxiliaire des plus utiles dans le traitement des ulcérations superficielles ou profondes des fosses nasales.

## DE LA FIÈVRE DITE CATARRHALE

Par M. le docteur CHABALIER.

(Lu à la Société des Sciences médicales.)

---

La fièvre catarrhale comme entité morbide appartenant à la classe des pyrexies est niée par l'école de Paris qui, en dehors des fièvres éruptives, n'admet d'autres fièvres que la fièvre typhoïde et la synoque. Les nosologistes de cette école rejettent toute existence, entre ces deux extrêmes, d'une autre maladie à marche continue ayant une durée de quatre à cinq septénaires, et qui n'appartiendrait en rien aux deux types créés par Louis.

L'école de Montpellier au contraire en fait, par l'organe du professeur Fuster, pour la fièvre dite catarrhale, ce qui a été fait à Paris pour la fièvre typhoïde. De part et d'autre on a aggloméré sous un seul titre des affections dissemblables. Il est vrai que la confusion est bien plus complète dans le travail de M. Fuster, où les affections les plus diverses se trouvent englobées dans un seul type, qu'elles soient générales comme la fièvre typhoïde, le rhumatisme; ou simplement locales comme l'angine, la pleurésie. Dans la description que le professeur de Montpellier nous a donnée de la fièvre catarrhale telle qu'il la comprend, on retrouve un peu de tout; la pathologie entière y fournit ses échantillons variés. Mais à côté de cette confusion malheureuse produite par le désir ardent d'affirmer une maladie niée par une école adverse, on retrouve pourtant une description juste et assez nette du type pur de la fièvre catarrhale, dégagé de tout élément hétérogène.

En face d'opinions si opposées, de dénégations si complètes, d'affirmations si convaincues pour ou contre l'existence de cette entité morbide, je n'oserai venir ici trancher une question si longtemps débattue et me porter juge entre le scepticisme de l'un et le fanatisme de l'autre. Simple narrateur, je viens raconter ce que j'ai vu, ce que j'ai ob-

servé depuis six mois dans les quartiers élevés de Lyon. Il m'a été donné de me trouver en face d'une épidémie sinon meurtrière du moins assez intense par son étendue et sa durée, et que je n'ai cru pouvoir rattacher qu'à l'affection décrite par plusieurs auteurs sous le nom de fièvre catarrhale. C'est donc sous ce titre que je place la description que je vais en faire, quoique je tiennne fort peu à la dénomination qui lui a été donnée. J'y tiens du reste d'autant moins, que la symptomatologie exacte de la maladie réelle, dégagée d'une foule d'autres affections dont on a voulu l'enrichir, ne répond nullement à l'étymologie de son nom « fièvre catarrhale » formé de deux mots grecs (*réo* couler, *cata* en bas). Un écoulement quelconque ne me paraît nullement devoir être ou avoir été un symptôme important soit de l'affection type décrite par les auteurs, soit de l'épidémie que j'ai observée. On y retrouve, au contraire, un caractère constant et des plus saillants, c'est un trouble profond de l'innervation avec dépression des forces vitales, mais c'est une opinion que j'aurai à justifier et à discuter plus loin dans le courant de mon travail.

Le point important que je tiens surtout à établir, c'est qu'il m'a été donné d'observer nombre de fois, un ensemble de phénomènes me paraissant devoir constituer une pyrexie qui ne ressemblait en rien, ni à la fièvre continue inflammatoire des auteurs classiques, ni à la fièvre typhoïde; qu'entre ces deux espèces morbides il existe une affection à durée longue continue, avec des caractères de généralisation, ayant une symptomatologie spéciale qui en fait une maladie à part, pouvant durer un septénaire comme la fièvre inflammatoire, mais plus généralement comme la fièvre typhoïde, durant quatre, cinq et six septénaires. Sa physiologie propre, se retrouvant chez plusieurs malades à la fois, m'a empêché de la confondre avec aucune autre pyrexie classique. Les faits que j'ai observés sont assez considérables. Les uns légers et nombreux appartenaient à ce qu'on peut appeler *l'affection catarrhale*. Ils constituaient pour ainsi dire le terrain, la disposition propice au développement de la *fièvre catarrhale* proprement dite; à l'évolution d'une cinquantaine de cas, qui m'ont frappé par leurs caractères

saillants, par leur cachet original, et dont je vais tâcher de donner une image affaiblie.

L'hiver de cette année a été doux et pluvieux, nous n'avons pas eu les froids secs qui tonifient nos constitutions généralement plus lymphatiques, plus humorales que celles des habitants des pays chauds; le printemps n'a presque pas existé, les chaleurs de mai nous ont transportés sans transitions en plein été; depuis l'automne de 1864 notre climat trop élément n'a pas apporté à nos constitutions habituées à un cycle de saison à température progressive en plus ou en moins, les éléments de force et de ton que nous donne l'hiver pour réparer la débilitation des chaleurs. La science est jusqu'ici trop peu avancée pour puiser dans les variations météorologiques des données positives d'étiologie médicale, je crois pourtant qu'on peut les invoquer pour expliquer en partie le développement des affections régnantes de cette année. Toujours est-il qu'à partir du mois de février et surtout en mars, avril, mai, s'est développée une épidémie qui s'est prolongée jusqu'au mois d'août, et qui a été remplacée par une évolution de nombreuses fièvres typhoïdes.

Au début, la plupart des cas étaient légers et ne présentaient pas les caractères saillants qui devaient frapper mon attention. Aussi je crois devoir exposer avec franchise et simplicité, d'une part, l'obscurité des premiers cas mal dessinés; d'une autre part, mes hésitations et mes erreurs. Je fus d'abord étonné de voir la quantité de personnes qui venaient me consulter assez préoccupées de leur santé. Se croyant poitrinaires, elles me priaient de les ausculter, et j'avoue que j'étais frappé de la symptomatologie qui m'était exposée, et que pour quelques malades je partageai les craintes qu'ils avaient et qu'heureusement l'avenir me démontra comme étant chimériques. Voici du reste dans quelles conditions se trouvaient la plupart de mes malades.

**AFFECTION CATARRHALE.** — Depuis un temps plus ou moins long, variant de un à deux ou trois mois, les sujets soumis à l'influence catarrhale avaient une toux sèche, quinteuse, spasmodique, sans expectoration chez le plus grand nombre; chez quelques-uns, rares il est vrai, il était survenu au bout

d'un certain temps une expectoration épaisse, verdâtre, purulente. Des douleurs assez vives, vagues et fugaces entre les épaules, ou sous forme d'étreinte, existaient au pourtour du thorax avec sensation d'étouffement et besoin de produire de fortes inspirations. Les nuits étaient mauvaises, agitées, avec alternance de sécheresse brûlante et de sueurs abondantes, accompagnées de légers frissons dès que le malade sentait le moindre air pénétrer sous ses couvertures. La peau était pourtant généralement humide, la paume des mains l'était presque toujours, ayant une sueur froide, visqueuse, caractéristique, et qui m'impressionnait assez vivement au point de vue du pronostic, relativement à la possibilité d'une évolution tuberculeuse. L'appétit n'était pas diminué, mais l'amaigrissement était parfois des plus sensibles, souvent les quintes de toux étaient suivies de vomissements, les forces étaient opprimées. Les malades, appartenant à cette première catégorie, à ce que je considère comme formant le terrain propice à l'évolution de la fièvre catarrhale, quoique très-affaiblis et chancelants parfois, continuaient de vaquer à leurs occupations, tout en étant obligés de s'étendre sur un lit deux ou trois fois dans le courant de la journée pendant une période de quatre à dix jours qui représentaient le *summum* d'acuité de l'affection dont ils étaient atteints. Plusieurs ouvriers ou domestiques, ne pouvant plus remplir leur emploi, partaient pour la campagne. A l'auscultation, je ne trouvais généralement rien de caractéristique, sauf quelquefois une respiration un peu rude, et surtout une expiration prolongée par le fait de l'inertie respiratoire. J'avoue qu'en face de ces phénomènes, nullement averti par l'expérience de faits antérieurs, qu'il ne m'avait pas été donné d'observer, ni pendant mon internat dans les hôpitaux, ni depuis dans ma pratique médicale civile, pour plusieurs cas je posais un point d'interrogation, et je me demandais si plus tard je ne verrais pas se développer une tuberculisation pulmonaire. C'est une erreur ou plutôt une hésitation que le docteur Ollier, des Vans, qui a eu l'occasion d'étudier une épidémie semblable dans les montagnes de l'Ardèche, me disait dernièrement avoir eue pour plusieurs de ses malades. Le temps est venu heureu-

sement donner un démenti à mes craintes, qui du reste ne se sont pas reproduites ; lorsqu'au milieu de l'épidémie, il m'a été permis de reconnaître la vraie nature des symptômes que j'observais. Jusqu'ici je n'ai parlé que des sujets atteints de troubles bronchiques, mais parmi les malades sujets à l'influence catarrhale, un grand nombre n'éprouvaient rien ou presque rien du côté des bronches ; ils n'étaient atteints que de la symptomatologie générale que je viens de décrire, hormis la localisation pulmonaire, c'est-à-dire l'abattement, la prostration des forces, la céphalalgie plus ou moins fugace, l'impressionnabilité au froid, les sueurs abondantes et l'agitation excessive de la nuit, avec ce caractère constant chez les uns et les autres, que les bronches aient ou n'aient pas été affectées, l'angoisse pectorale, la nécessité de faire appel aux fortes inspirations. Cette distinction est ici des plus importantes à établir, parce que nous la verrons bien plus prononcée encore, lorsque nous étudierons les phénomènes existant chez les sujets qui comme ceux-ci ne sont pas simplement soumis à l'action de l'affection catarrhale, mais qui subissent toutes les épreuves de la maladie complètement développée. Il sera difficile je crois de ne considérer tous ces malades que comme atteints d'une simple bronchite, puisque, comme nous venons de le voir, plusieurs ne toussaient pas. Mais ceci rentre dans le cadre de la discussion, que nous aborderons plus tard après la description complète où nous tâcherons d'établir la maladie que nous décrivons comme une entité morbide, ayant droit à une place distincte dans le tableau nosologique.

En même temps que j'observais, chez les adultes, les accidents que je viens de décrire, je rencontrais plusieurs enfants de trois à huit ans, ayant pour la plupart une toux également quinteuse, spasmodique, que les parents considéraient comme étant la toux de la coqueluche. Ils maigrissaient, perdaient l'appétit, vomissaient souvent ; leur caractère changeait, ils étaient grognons, hargneux, leurs forces tombaient : facilement, au milieu de leurs jeux, ils s'endormaient pendant trois ou quatre heures dans la journée. Tantôt le visage était pâle et tantôt coloré, surtout du côté

des joues ; quelques mouvements fébriles répétés avaient lieu chaque jour , mais pour la plupart ils ne gardaient pas le lit ; les nuits étaient agitées, pleines de cauchemars, l'enfant se réveillait en sursaut, pleurant ou poussant un cri de frayeur. Au bout d'une quinzaine de jours, de trois semaines, tout rentrait dans l'ordre, l'appétit, la gaieté, les forces revenaient, et si la toux chez quelques-uns persistait encore, elle n'offrait plus les caractères de la coqueluche ; l'apaisement se produisait assez rapidement, pour calmer les vives inquiétudes maternelles.

Si, chez les adultes, on était parfois préoccupé par la crainte d'une évolution tuberculeuse, chez les enfants on était porté à se demander, si on ne se trouvait pas en face d'un début insidieux de tuberculisation méningée, dont on pouvait craindre de retrouver les symptômes avant-coureurs dans un amaigrissement continu, accompagné de vomissements, de changement de caractère, avec assoupissements inusités, réveils en sursaut la nuit et d'un certain degré de céphalalgie.

Jusqu'ici je n'ai exposé que des phénomènes plus ou moins indécis et légèrement nuancés avec peu de caractères fébriles, se trouvant plus ou moins incomplètement réunis chez les divers sujets. La symptomatologie accusée par les malades, dont je viens de retracer l'histoire, est trop vague et trop légère pour constituer une pyrexie quelconque, pour en faire un corps de maladie essentielle. Nous ne voyons qu'un malaise général, indéfini, mais sans caractère saillant et permettant du reste aux sujets atteints de remplir encore les exigences habituelles de leur profession. Il n'y a que le terrain dont j'ai parlé tout à l'heure, ou plutôt que le cadre au milieu duquel devaient surgir de nombreux exemples d'une symptomatologie à forme spéciale, et qu'il est impossible de ne pas classer parmi les pyrexies. Nous n'avons encore étudié que l'affection catarrhale ; les malades, dont nous allons parcourir l'histoire, nous montreront, au contraire, le tableau complet de la fièvre catarrhale type dégagée de toutes localisations assez importantes pour qu'on ne puisse pas y reconnaître les seuls éléments de la maladie.



**FIÈVRE CATARRHALE.** — Les malades de cette catégorie doivent être divisés en deux sections, d'après la forme distincte qui a présidé à l'évolution de la maladie et que je considère comme ayant eu, les uns une fièvre catarrhale à forme bronchique, les autres une fièvre catarrhale à forme syncopale. La forme bronchique est celle surtout qui a prédominé au début de l'épidémie ; la forme syncopale avec tendance aux vomissements est celle qui règne plus généralement maintenant. Cette distinction ne peut être établie que par le fait de la prédominance d'un symptôme saillant ; mais l'ensemble des symptômes, le fond général de la maladie ne permettraient pas d'en faire deux affections différentes.

Chez presque tous, le mal débutait par un assez violent accès de froid, une céphalalgie des plus intenses avec quelques nausées. Les malades éprouvaient une sensation douloureuse dans les lombes et les jambes ; ils ressentaient un brisement analogue à celui que l'on a après une journée de grande fatigue corporelle, une longue course ou un exercice gymnastique trop prolongé.

Le matin venu, s'ils voulaient se lever comme d'habitude, ils sentaient leurs jambes titubantes ; des éblouissements ou tournoiemens de tête ouvraient la scène pathologique ; un sentiment de malaise général forçait les sujets atteints à se remettre au lit. Pendant le décubitus dorsal, sauf un abattement considérable, la journée n'était pas trop mauvaise, il existait fort peu de réaction, soit fébrile, soit douloureuse, mais la nuit était pleine d'agitation, de fièvre et d'insomnie. Aussi était-ce avec effroi que chaque malade la voyait arriver ; c'était pour eux l'heure de leur supplice. Ne pouvant trouver au lit aucune place bonne, brûlant intérieurement, ils se jetaient alternativement du lit sur un fauteuil, ou arpentaient leur chambre de long en large. Le sommeil était impossible. A l'aurore le calme revenait, un assoupissement incomplet et même assez pénible avait lieu, et dès que le sommeil semblait vouloir s'établir, un réveil en sursaut, ou des cauchemars douloureux avec hallucinations venaient faire désirer aux malades un réveil plus complet. Abattus, ils luttaient pour ne pas endurer l'angoisse d'un

sommeil non réparateur qu'ils appelaient cependant de tous leurs vœux, et malheureusement rien n'arrivait à le leur procurer, ni les opiacés, ni les antispasmodiques, ni les solanées vireuses; le sulfate de quinine était également impuissant contre ces exacerbations vespérines. Les journées pourtant redevenaient relativement bonnes et presque apyrétiques; calmes, étendus dans leur lit, les sujets atteints semblaient ne rien avoir, et volontiers ils se seraient crus guéris chaque jour, si la faiblesse excessive qu'ils éprouvaient, quelques alternatives de chaleur brûlante et de légers frissons le long de la colonne vertébrale ne venaient les avertir qu'ils étaient encore sous une influence morbide. Quelques-uns avaient des transpirations très-abondantes, et tous, même au moment où ils se plaignaient le plus d'être brûlants, avaient la peau constamment fraîche; les transpirations ou la simple moiteur étaient froides; la paume des mains était le lieu d'élection d'une transpiration souvent visqueuse.

Le pouls étudié dans la matinée tombait chez plusieurs au-dessous de la moyenne, surtout chez les malades atteints de la forme syncopale; il en est qui n'avaient que 50 pulsations à la minute. Chez d'autres, au contraire, le pouls était plein, dur, accéléré, variant entre 90, 100, 110. Du reste, il offrait généralement une très-grande irrégularité, changeant d'une heure à l'autre, du jour au lendemain, montant de 50, 60 pulsations, à 110, 120 chez la même personne dans un intervalle de temps peu marqué, et sans que nul incident spécial, nulle localisation importante pût rendre compte d'un pareil changement. Mais il était une variation toujours régulière, et progressive du matin au soir; chez tous, le pouls augmentait avec le déclin du soleil pour atteindre son *summum* de pulsations sur les dix à douze heures du soir.

Dans tout le cours de la maladie, le faciès restait naturel, le visage était plutôt turgide qu'altéré; à peine existait-il un peu d'amaigrissement vers la fin de la maladie, excepté chez ceux chez qui la maladie n'avait pas débuté primitivement, mais avait été précédée de l'affection catarrhale. Chez quelques-uns les conjonctives étaient légèrement injectées,

les yeux étaient vifs et brillants, la physionomie respirait plutôt le calme que l'anxiété et la souffrance. Il était curieux parfois d'entendre un malade vous dire avec la plus grande placidité, qu'il était brûlant et très-agité, lorsque les doigts sur le pouls, les yeux fixés sur son visage, on sentait ses pulsations normales, souvent même ralenties, sa peau fraîche, et que ses traits exprimaient la quiétude la plus complète, et n'étaient nullement en rapport avec la vivacité de ses plaintes et l'amertume que l'on devinait dans un langage à moitié déguisé, où le malade semblait reprocher au médecin de le laisser dans un état toujours le même, dans lequel on ne voyait survenir aucun changement, ni en mal, ni en bien; « ça n'avance pas » était une phrase qui, chaque jour, vous était lancée comme un aiguillon.

Chez quelques-uns, l'appétit était à moitié conservé, chez d'autres, il était complètement aboli; pour ceux-ci, prendre le moindre aliment, même la moindre boisson, devenait un supplice, soit à cause d'un peu de dysphagie, soit à cause du brisement général dans les bras et les jambes qui survenait après l'ingestion des aliments. Les premiers jours, la plupart des malades étaient altérés, tous ne désiraient que des boissons froides ou acidulées, plusieurs demandaient du vin. La sensation du goût était généralement abolie. La langue restait constamment humide sans enduit saburral, elle était large, épaisse, nuancée d'une couleur gris-jaunâtre. Le ventre était souple, légèrement douloureux à la pression, mais la douleur siégeait plutôt dans les parois abdominales que dans le ventre lui-même. Les selles étaient rares, une fois ou deux pourtant dans le cours de la maladie, il survenait quelques selles diarrhéiques. Mais il n'y avait jamais de ballonnement; les parois du ventre étaient plutôt rétractées; il n'existait ni gargouillement, ni taches rosées lenticulaires. Plusieurs malades éprouvaient la sensation d'un corps froid dans le creux de l'estomac, dont ils cherchaient à se débarrasser; cette sensation de froid visqueux se faisait quelquefois sentir jusque dans les intestins, surtout après les repas.

Les urines étaient quelquefois chargées pendant deux ou trois jours au début, avec léger dépôt urique au fond du

vasc, surtout chez les malades dont le poulx était plein, la face un peu turgide; elles restaient rares alors. Mais chez la plupart, elles étaient claires, abondantes, et laissaient nager au centre un nuage floconneux grisâtre.

Deux ou trois épistaxis survenaient parfois, soit au début, soit dans le cours de la maladie, dans les cas surtout où la céphalalgie était intense; mais elles n'amenaient aucun soulagement dans le mal de tête.

Tel est l'ensemble des symptômes généraux qui existaient en plus ou en moins chez tous les sujets atteints, à quelque catégorie qu'ils appartenissent. Nous n'avons fait jusqu'ici que le tableau du fond de la maladie, de ce qui la constitue essentiellement, de ce qui lui donne réellement le cachet d'entité morbide. Nous allons étudier maintenant ses deux formes distinctes entées sur la base commune : la forme bronchique et la forme syncopale.

**A. FORME BRONCHIQUE.** — Chez les malades atteints de la forme bronchique, il existait une toux sèche, spasmodique, ressemblant à la coqueluche ou à l'asthme, survenant surtout à des heures déterminées, par accès, plutôt la nuit que le jour; quelquefois les accès se limitaient à un seul par jour et à heure fixe. On pourra voir, dans ma propre observation, que pendant quinze jours, à deux heures et demie de la journée, j'étais pris de quintes convulsives qui duraient une heure, pour revenir exactement de même les jours suivants. Généralement il n'existait pas d'expectoration; quelques malades pourtant, rares il est vrai, finissaient par avoir une véritable crise d'expectoration épaisse, verdâtre, semi-purulente, qui durait quelques jours. La plupart étaient obligés de rester couchés sur le dos, car, dès qu'ils essayaient de dormir sur un des côtés de la poitrine, une violente quinte de toux les forçait à reprendre une position fatigante, à laquelle la plupart n'étaient point habitués, ce qui même, vers la fin de la maladie, faisait persister une insomnie qui n'était plus occasionnée par l'exaspération vespérine.

Chez quelques-uns, au début, les deux ou trois premiers jours, il existait quelques points de côté assez vagues, il est vrai, mais qui souvent venaient retentir d'une manière très-vive au-dessous du mamelon, jusqu'au point d'arracher

des cris à certains malades. Comme il existait de la toux, quelques frissons, je pensais que j'allais assister à une évolution pneumonique ou pleurétique, mais l'auscultation ne révélait rien, et la marche de la maladie, dès le cinquième jour, faisait évanouir toutes craintes.

Tous éprouvaient une dyspnée des plus accentuées, une grande paresse dans la faculté de développement de la cage thoracique. Une sensation des plus pénibles d'oppression continue, avec serremments douloureux du thorax, persistait deux ou trois mois même après la convalescence complète, après la cessation de tout autre accident. Il semblait parfois, durant cinq à dix minutes et à plusieurs reprises, que la poitrine était enserrée dans des cercles de fer; la douleur était contusive, térébrante et paraissait avoir pour siège le plan fibreux pectoral. Aujourd'hui encore, après quatre mois écoulés, elle se réveille chez moi sous l'influence du plus léger refroidissement. Sa sensation en est des plus pénibles; il semble qu'à un certain degré de développement, la respiration va devenir impossible; heureusement que sa durée est courte et ne laisse aucun reste après sa disparition.

A part quelques râles muqueux à la base ou un déplissement sec des vésicules pulmonaires, on ne trouvait à l'auscultation qu'une respiration un peu rude au sommet, avec expiration prolongée, occasionnée probablement par cette inertie inspiratoire que j'ai notée plus haut. Chez quelques-uns, cependant, chez une malade entre autres dont nous donnerons l'observation, chez ceux chez qui la maladie paraissait devoir se juger par une expectoration abondante, on trouvait des râles muqueux dans toute la poitrine, persistant plus particulièrement aux sommets. C'est à cette occasion surtout que s'éveillaient dans mon esprit ces craintes de tuberculisation pulmonaire dont j'ai déjà parlé, lorsque cet état survenait à la suite de toux sèche prolongée, d'amaigrissement considérable et de sueurs nocturnes.

Mais il est un point ici important à fixer, parce qu'il nous servira à bien étudier la nature de la fièvre catarrhale; c'est que dans tous les cas, la toux n'était qu'un épiphénomène qu'il faudrait bien se garder de vouloir regarder comme

devant constituer la maladie toute entière. D'une part, nous n'avions pas affaire seulement à une simple bronchite; d'un autre côté, les caractères de la toux n'appartenaient même pas à ceux de l'hypérémie des bronches.

L'état général du malade, la marche et la durée de la maladie, nous indiquaient suffisamment que nous étions en présence d'un déploiement symptomatologique plus sérieux. De plus, les caractères de la toux dépendaient bien plus de la nature de l'asthme ou de la coqueluche que de la bronchite simple. On voyait que la maladie avait plutôt porté des troubles dans l'activité vitale du système nerveux pulmonaire qu'occasionné une irritation des muqueuses. Le pneumogastrique paraissait ici surtout influencé d'une manière fâcheuse. Notre manière de voir s'appuie et sur le manque d'expectoration dans le plus grand nombre des cas, et sur la forme des accès convulsifs et éloignés et souvent intermittents, enfin surtout sur cette dyspnée précordiale qui persistait ou existait même chez ceux qui n'avaient jamais toussé.

**B. FORME SYNCOPALE.** — Dans la forme syncopale, nous retrouvons tous les symptômes décrits ci-dessus, sauf la toux. Le fond de la maladie est identique; un seul phénomène prédomine d'une manière plus marquée, c'est, outre une tendance plus persistante aux vomissements, une disposition très-fréquente aux lypothymies. Plusieurs fois dans la journée, il survenait des évanouissements complets, ou des demi-défaillances; il fallait constamment faire respirer des sels aux malades, leur arroser le front avec du vinaigre ou de l'éther. Une particularité assez curieuse est à noter dans cet état, c'est qu'en comprimant l'épigastre, on développait facilement la tendance aux vomissements, et en pressant sur l'aorte abdominale, on provoquait à volonté une demi-syncope qui se serait effectuée complètement, si la pression eût continué longtemps.

C'est plus particulièrement les malades de cette catégorie qui avaient la sensation d'un corps froid dans l'estomac, réclamant un émétique pour les en débarrasser. Dans le cours de la maladie, il survenait de temps en temps des selles semi-liquides, visqueuses, noirâtres et très-abondantes qui

se répétaient trois à quatre fois par jour. Ces malades continuaient pourtant de manger, assez légèrement il est vrai, et quand survenaient les vomissements, ce n'était point après le repas ou pendant la durée normale de la digestion, mais de même que les sujets atteints de la forme bronchique éprouvaient une violente crise de toux à peu près à la même heure, ceux-ci vomissaient assez régulièrement vers le soir; les vomissements étaient rarement alimentaires, mais le plus souvent aqueux.

Quoiqu'il n'y eût pas de toux, il existait pourtant une sensation de gêne, d'oppression respiratoire des plus pénibles. Un sentiment d'angoisse se faisait sentir avec besoin de développer de fortes et profondes inspirations pour rappeler la vie prête à partir, pour ranimer les battements du cœur prêts à cesser; ici encore, après la convalescence, l'inertie respiratoire persistait longtemps encore.

C'est dans cette forme surtout que se rencontrait un pouls souvent faible et petit, et parfois très-lent, bien au-dessous de la moyenne. La tendance aux transpirations froides était plus accentuée; elles débutaient, plusieurs fois dans la journée, par des frissons aux jambes avec moiteur glaciale. Dans la forme bronchique, la durée de la maladie ne dépassait pas trois à quatre septénaires; la forme syncopale, au contraire, s'étendait jusqu'au cinquième et sixième septénaire.

Enfin, il était un certain nombre de malades chez lesquels on ne retrouvait pas les caractères saillants, ni de la forme bronchique, ni de la forme syncopale, mais simplement l'ensemble des phénomènes généraux que nous avons donnés dans le tableau de la fièvre catarrhale. Sans toux ni lyphthymies, les sujets atteints parcouraient assez tranquillement les phases de la maladie, avec ses alternatives de rémissions et d'exacerbations. Forcés par la faiblesse de rester au lit, ils conservaient toute leur gaieté et le calme le plus complet dans la première moitié de la journée, s'apprêtant à subir au crépuscule une lutte qui devait se prolonger bien avant dans la nuit.

Dans tous les cas, la convalescence n'était jamais franche et ne s'établissait que graduellement. Elle commençait d'a-

bord par la disparition de la céphalalgie, par le retour du sommeil; l'appétit devenait plus franc, les sueurs moins abondantes; l'agitation des nuits finissait par tomber complètement. Mais longtemps encore les malades conservaient une assez grande faiblesse, avec tendance aux transpirations faciles et une grande impressionnabilité à l'air, malgré nos chaleurs tropicales. Chez plusieurs, longtemps après la convalescence, il persiste par intervalle une assez grande gêne respiratoire, quelle qu'ait été la forme de la maladie. Chez quelques-uns, des palpitations fréquentes s'étaient établies et faisaient craindre à ceux qui en étaient fatigués, à cause de l'oppression qui leur restait, d'un peu d'engorgement des jambes qui accompagne toujours la convalescence des maladies longues, qu'ils étaient sous l'influence d'une hypertrophie du cœur; la disparition seule de cet œdème pouvait rassurer mes malades en face de la persistance des troubles cardiaques.

TRAITEMENT. — Le traitement de la fièvre catarrhale est assez simple. Malgré la périodicité vespérine, comme il n'y avait pas les caractères vrais de l'intermittence et qu'il n'existait que des accès rémittents, le sulfate de quinine était sans résultat et ne modifiait en rien l'exacerbation nocturne.

Il en était de même des opiacés et des solanées vireuses; je n'ai jamais pu amener de sommeil avec leur emploi; la belladone seule ou le *datura stramonium* modifiaient un peu les accès de toux.

La médication qui m'a paru réellement utile a été au début l'administration d'un ou deux purgatifs soit avec l'huile de ricin, soit avec la manne; les purgatifs salins augmentaient la constipation, sans développer l'appétit. Quelques vésicatoires sur le thorax ou au bras diminuaient la toux et surtout l'oppression. J'ordonnai en même temps des tisanes pectorales ou antispasmodiques; quelques lavements émollients ou de valériane. Et au début de la convalescence, je me suis très-bien trouvé de l'emploi du quina sous forme d'extrait, de sirop ou de vin, associé avec des boissons amères.

Dans tous les cas qui se rapportaient à la fièvre catar-



rhale type, telle que je viens de la décrire, dégagée de toutes complications importantes, je n'ai eu aucune mort à déplorer. J'ai voulu jusqu'ici laisser en dehors de la description que j'ai donnée tous les malades qui, par certaines localisations plus accentuées du côté des organes respiratoires, pourraient n'être considérés que comme n'ayant que de simples affections locales dont les phénomènes généraux auraient pu m'induire en erreur.

Je crois pourtant pouvoir rattacher à l'épidémie régnante plusieurs observations où la lésion locale était, il est vrai, plus que suffisante pour jouer le rôle principal, mais qu'il m'est difficile cependant de ne pas considérer comme n'ayant été qu'un simple épiphénomène survenu soit au début, soit dans le courant de la maladie, dont elle devenait une complication. Pour ces cas, du reste, je pose un grand point d'interrogation; le lecteur jugera lui-même par les détails des observations que je place à part. Je laisse à son appréciation personnelle de rejeter ou de faire entrer dans le cadre de la fièvre catarrhale certaines formes de pneumonie, de néphrite albumineuse, d'asthme non persistant ou d'érythème noueux rhumatismal.

En résumé, avant d'entrer dans la discussion de notre travail, pour établir le diagnostic différentiel de la maladie que nous étudions et de celles avec lesquelles nous pourrions la confondre, posons en quelques mots les caractères distinctifs et saillants que nous croyons devoir appartenir à la fièvre catarrhale.

I. Elle survient à la suite d'influences atmosphériques déprimantes.

II. Elle est précédée et accompagnée d'un ensemble de malaises qui caractérisent la constitution médicale régnante, connus sous le nom d'affections catarrhales.

III. Au début, céphalalgie vive; prostration complète des forces.

IV. Sueurs froides abondantes, parfois visqueuses, avec alternative de frissons et de chaleur brûlante. — Peau toujours fraîche.

V. Quelques épistaxis au début. — Pouls calme, parfois plus lent qu'à l'état normal, très-variable, apyrétique le

matin, très-fébrile le soir. Faciès naturel, plutôt vultueux qu'altéré, très-calme. — Intelligence nette. — Pas de troubles nerveux de la vie de relation.

VI. Un peu de perte d'appétit. — D'autres fois, inappétence complète, nausées au début. — Vomissements quelquefois. Selles visqueuses.

VII. Du matin au soir, agitation progressive avec la marche du soleil, excessive la nuit. — Insomnie complète et douloureuse.

VIII. Comme épiphénomène, chez les uns, bronchite sèche, convulsive; chez d'autres, tendance aux syncopes; chez d'autres enfin, ni bronchite, ni syncope, mais faiblesse excessive et sueurs abondantes.

IX. Comme caractère constant, grande inertie inspiratoire et douleur thoracique, troubles cardiaques.

X. Pas d'accidents typhiques, ni typhoïdes. — Pas de taches rosées lenticulaires. — Pas de troubles intestinaux importants.

XI. Localisation indécise. Probablement sur le système nerveux.

XII. Durée de cinq à sept septénaires.

XIII. Terminaison, guérison. — Convalescence longue, avec persistance d'innervation pulmonaire.

Avant d'entrer dans l'examen critique de mon travail, je place ici diverses observations que je divise en trois catégories : 1<sup>o</sup> affections catarrhales; 2<sup>o</sup> fièvres catarrhales types; 3<sup>o</sup> fièvres catarrhales problématiques, à cause des localisations qui viennent les compliquer.

#### I. — OBSERVATIONS DE FIÈVRES CATARRHALES TYPES.

OBSERVATION I. — M. X..., âgé de 50 ans, éprouvait depuis quelques jours de la fatigue musculaire, un léger abattement, lorsqu'il me fait appeler le 25 mars. — Voici ce que je constatai : Céphalalgie vive; les yeux sont brillants, animés, les vaisseaux de la conjonctive un peu injectés. — Le faciès est vultueux. — Il y a eu un épistaxis dans la matinée, après une nuit brûlante et des plus agitées. Le malade se plaint de douleurs aux lombes; il a les cuisses rouées. Il est brûlant, dit-il, et la peau est humide,

fraîche, la paume des mains visqueuse. — Le pouls est lent, plein à 60. — La langue est humide, large, épaisse, sans enduit, teinte grisâtre. — Quelques nausées, soif vive. — Peu d'appétit.

Ventre souple, indolent. — Rien dans la fosse iliaque. — Constipation. Sueurs très-abondantes.

Les jours suivants, les mêmes phénomènes se reproduisent, à part l'accélération du pouls que je trouve dans la soirée à 95, quelquefois 100 pulsations.

Le malade passe presque toutes ses nuits hors du lit, se promenant de long en large dans la chambre; il ne peut rien supporter sur la poitrine, ni couvertures, ni habillements. Sur les cinq heures du matin, un peu de calme s'établit, il se couche, espérant trouver du sommeil, mais il est poursuivi par des rêves pénibles, par des cauchemars qui le réveillent en sursaut et rendent cet assoupissement plus fatigant qu'un réveil complet.

Il n'existe pas de toux; les mouvements respiratoires sont seulement précipités; des points vagues apparaissent au thorax; à l'auscultation; la respiration est un peu obscure à la base, un peu ronflante, rude aux sommets. — Résonnance normale. — Le malade soupire fréquemment et fait de profondes inspirations. L'expectoration est nulle.

Sur les neuf ou dix heures du matin, M. X... se croit toujours guéri et essaie de se lever; mais ses jambes, qui pendant la nuit lui permettaient si bien d'arpenter la chambre, sont, le matin, faibles et titubantes; sa tête est lourde, et il se voit contraint de remonter sur son lit. Là il est calme, il ne se sent aucun mal, sauf quelques légers frissons et parfois des transpirations brûlantes. — Son intelligence est nette, mais la céphalalgie sourcillière est persistante. Le soir, sur les six heures, l'agitation commence par un léger malaise, une sensation de froid très-marquée; puis une chaleur âcre s'allume de plus en plus pour régner toute la nuit.

Le malade continue de manger, mais il n'éprouve aucun plaisir et n'est pas aiguillonné par la faim. Il ne désire qu'une chose, boire frais et du vin.

Cet état persiste pendant trois semaines sans aucun changement, sinon une augmentation de faiblesse assez considérable, mais sans amaigrissement. Peu à peu le sommeil revient, l'agitation tombe, l'appétit se fait un peu sentir, le malade peut se lever, aller au soleil, et reprend ses fonctions au bout de trois semaines de convalescence lente.

*(La fin au prochain numéro.)*

## LÉSIONS DU CŒUR D'UN DIAGNOSTIC DIFFICILE.

Par M. DARVIEU, interne des hôpitaux.

(Observations lues à la Société des sciences médicales.)

---

Les deux observations qui font le sujet de cette note se rapportent aux affections du cœur. Elles présentent un double intérêt : 1° Dans le premier cas, les signes stéthoscopiques étaient de nature à faire méconnaître le siège de la lésion; dans le second cas, ces mêmes signes ne révélaient que la lésion d'un orifice, tandis que les deux orifices du cœur gauche étaient atteints; 2° Les qualités du pouls et l'hypertrophie du cœur étaient propres à éclairer le diagnostic de ces deux cas complexes.

### OBSERVATION I.

Ste-Marie, 83 ; service de M. Guyénot. Claude N..., 39 ans, chiffonnier, entré le 20 juin 1865. — Interrogé à plusieurs reprises, le malade affirme n'avoir jamais eu de douleurs rhumatismales. Depuis dix-huit mois, il est oppressé, il toussé; depuis trois mois, il crache du sang.

Cyanose des lèvres; œdème des membres inférieurs; gêne de la respiration; sang noirâtre dans les crachats; râles muqueux dans toute l'étendue des poumons.

Matité précordiale étendue. L'impulsion est assez faible, elle donne une sensation peu précise, mal limitée.

Les bruits du cœur sont confus, irréguliers. Le premier bruit est marqué par un souffle doux perçu dans un assez grand espace, ayant son maximum d'intensité à la pointe du cœur et ne se prolongeant pas dans les vaisseaux du cou.

Le pouls est brusque, rapide, irrégulier, assez faible et dépressible.

Cette observation a été prise par notre collègue de l'Hôtel-Dieu, M. Clermont. Le malade est mort la veille du jour où nous sommes entré dans le service.

Les signes stéthoscopiques étaient évidemment ceux qui se rattachent à l'insuffisance auriculo-ventriculaire. Il y avait, en outre, les phénomènes de stase veineuse produits par une affection du cœur avancée, et plus particulièrement par un obstacle auriculo-ventriculaire.

D'un autre côté, le pouls et la matité précordiale pouvaient appeler l'attention sur une lésion sygmoïde, mais non la faire affirmer. Le pouls, en effet, offrait certains caractères de l'insuffisance sygmoïde, mais d'autant moins accusés que l'impulsion était plus faible et moins nette, que le jeu de la valvule mitrale était moins régulier. Quant à la matité précordiale, constituait-elle un signe suffisant pour faire admettre l'hypertrophie ? L'hypertrophie du ventricule gauche est regardée comme étant le plus souvent consécutive à une lésion de l'orifice aortique ; à défaut d'autres signes, elle suffit même pour faire admettre, au moins comme probable, une altération de cet orifice. Ajoutons que, dans ce cas, elle aurait eu une grande valeur, puisque, dans les antécédents, du malade, nous ne trouvons pas la péricardite.

Mais cette hypertrophie était-elle suffisamment manifeste, et ne pouvait-on pas expliquer la matité précordiale anormale par une dilatation passive du cœur droit ? Cette interprétation était naturelle, car l'impulsion manquait de force et de netteté. Nous regrettons que le point où battait la pointe du cœur n'ait pas été noté ; mais cette recherche était au moins difficile, puisque l'impulsion, nous le répétons, était mal limitée ; il y avait asystolie.

La période ultime de la maladie témoigne de la difficulté du diagnostic. Certains détails nécroscopiques montreront comment une erreur était probable. Le diagnostic inscrit sur la feuille a été « insuffisance mitrale. »

Autopsie faite 30 heures après la mort.

Epanchement séreux dans les plèvres et le péricarde. Il n'y a pas de traces de péricardite soit sur le cœur, soit sur le sac.

Le cœur est volumineux ; hypertrophie considérable du ventricule gauche ; les cavités sont plus spacieuses, les parois sont épaissies.

Insuffisance aortique. Les valvules sygmoïdes sont déchirées.

quétées; on ne trouve à leur place que des concrétions très-dures, criant sous le scalpel, se laissant difficilement entamer.

L'insuffisance mitrale existe à un haut degré, mais elle est purement mécanique; la valvule est saine, l'orifice a un diamètre anormal, par suite de la dilatation hypertrophique du ventricule. Le pourtour de cet orifice présente de petites saillies inégales, assez dures, appréciables plutôt au toucher qu'à la vue et analogues aux concrétions des valvules sygmoïdes, mais moins nombreuses, moins dures et moins avancées dans leur organisation. Dans le voisinage de l'altération, les orifices aortique et mitral ne présentent pas de rougeur anormale.

Le tissu musculaire est pâle, exsangue. L'examen au microscope n'en a pas été fait; mais, à première vue, il présente un commencement de transformation grasseuse.

Les poumons, le foie et le cerveau sont fortement congestionnés.

Ce cœur, auquel convient très-bien la désignation de *cor bovinum*, nous présente la filiation des lésions sur laquelle Forget a tant insisté. La lésion de beaucoup la plus avancée, celle qui prime les autres et qui a été méconnue, c'est la lésion des valvules sygmoïdes; puis venaient, en seconde ligne, l'hypertrophie et, conséquence de l'hypertrophie, l'insuffisance mitrale. Ajoutons que l'altération qui avait si profondément modifié la forme et la structure des valvules se retrouvait à un très-faible degré sur l'orifice mitral.

Si nous comparons le résultat de l'autopsie aux phénomènes observés pendant la vie, nous trouvons que l'hypertrophie ne se révélait que par la matité précordiale. Nous avons montré comment ce phénomène avait été attribué à la dilatation passive du cœur droit. Nous avons ajouté que la forme du cœur qui devrait, d'après l'enseignement classique, faire distinguer l'hypertrophie de la dilatation, était d'une recherche très-difficile, à cause du manque de netteté et de force de l'impulsion cardiaque. Enfin, la période à laquelle le malade a été observé nous a servi à expliquer cette faiblesse de l'impulsion, malgré l'hypertrophie; l'examen cadavérique nous a montré une autre cause : l'état grasseux du cœur.

Il y a dans cette observation un point que nous n'avons pas mis en relief, parce que les données histologiques nous ont manqué ; nous devons cependant le signaler, il est intéressant au point de vue pathologique. La lésion s'est produite chez un sujet dont les antécédents ne peuvent pas laisser admettre une inflammation cardiaque ; point de rhumatisme ; aucune période aiguë dans l'histoire de sa maladie.

A l'autopsie, le péricarde est intact ; de plus, les altérations, même la moins avancée, celle de l'orifice mitral, ne nous présentent pas la moindre rougeur, le moindre décollement, la moindre friabilité. Qu'il nous suffise de rapprocher de ces lésions vasculaires non inflammatoires la transformation graisseuse du cœur.

Nous avons insisté sur l'hypertrophie et sur un signe propre à la mettre en évidence, l'impulsion. Cette insistance se justifie par la valeur diagnostique de cet état du cœur dans la détermination du siège de la lésion. C'est, en effet, l'hypertrophie qui, dans l'observation suivante, nous a permis de compléter le diagnostic ; les caractères du pouls ont, d'ailleurs, rendu la recherche plus facile.

## OBSERVATION II.

Stc-Marie, 59 ; service de M. Guyénot. Pierre Ch., 48 ans, forgeron, entré le 23 juin.

Jamais de douleurs rhumatismales. Il y a six mois, oppression, palpitations. Amélioration momentanée sous l'influence de la digitale.

Orthopnée ; toux, crachats muqueux contenant du sang noir ; râles muqueux disséminés. OEdème considérable des membres inférieurs. Infiltration des bourses. Cyanose des lèvres ; la face présente un peu de bouffissure. Pâleur anémique.

Matité précordiale très-étendue. L'impulsion du cœur est assez forte ; la pointe bat dans le huitième espace intercostal, à deux centimètres au-dessous du niveau du mamelon

gauche et à dix centimètres en dehors, au-dessous de l'aisselle.

Bruit de souffle doux au premier temps, ayant son summum à la pointe du cœur et ne se prolongeant pas dans les vaisseaux du cou.

Le pouls est régulier, grand, brusque; il s'affaisse immédiatement après sa production. Les battements carotidiens sont très-accentués, nettement appréciables à la vue; ils produisent un choc. Pouls veineux précédant immédiatement le pouls carotidien.

L'examen a été répété plusieurs fois, et le résultat n'a pas changé. Les signes stéthoscopiques, soit après l'usage de la digitale, soit après celui des stimulants, ont toujours été ceux de l'insuffisance mitrale. Seulement, lorsque le malade avait pris des stimulants pendant quelques jours, le bruit de souffle était plus marqué, tout en conservant ses caractères. Joignons à ces phénomènes la congestion des poumons, l'œdème des membres inférieurs, la cyanose des lèvres, le pouls veineux; nous avons bien affaire à une insuffisance mitrale. De plus, la ténacité du souffle doit faire présumer une lésion assez avancée.

Mais il reste d'autres phénomènes dont l'insuffisance mitrale ne rend pas compte: l'hypertrophie très-accentuée, la pâleur anémique, le pouls bondissant, défaillant. La signification de ces signes est incontestée. Les deux premiers indiquent un obstacle aortique; le troisième est pathognomonique de la maladie de Corrigan.

A propos du pouls, nous devons dire que, sept jours avant la mort, il avait perdu de sa netteté, de sa grandeur; le tracé sphygmographique, pris ce jour-là par M. le docteur Perroud, indiquait une insuffisance sygmoïde, mais peu accentuée. On sait combien le pouls typique d'une altération valvulaire peut être modifié par la période de la maladie et par l'altération concomitante d'un autre orifice. Dans l'espace de quelques jours, l'orthopnée avait cessé, les membres supérieurs et le tronc s'étaient refroidis, le pouls était devenu très-petit, inégal; l'impulsion avait subi les mêmes modifications que le pouls.

Le 16 juillet, il y eut dans la journée une émotion vive; le soir, le pouls était bondissant et régulier.



Mort le lendemain.

Le diagnostic a été lésion sigmoïde produisant l'insuffisance et lésion mitrale. S'il eût fallu assigner à ces deux lésions un âge relatif, nous aurions regardé la lésion sigmoïde comme la plus ancienne.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Épanchement séreux considérable dans les plèvres et le péricarde.

Le cœur est très-volumineux. Les parois sont épaissies, mais beaucoup moins que dans le cas précédent. Les vaisseaux qui occupent les sillons sont saillants, gorgés de sang. Sur le sac et à la surface du cœur, on trouve les traces d'une inflammation ancienne, les taches laiteuses si fréquentes dans les examens cadavériques. La cavité du ventricule gauche est très-spacieuse. Les parois présentent à l'intérieur plusieurs points épaissis, d'aspect blanchâtre. Cet état est surtout manifeste pour les colonnes du premier genre; les tendons qui leur font suite paraissent constitués par un tissu de structure fibro-cartilagineuse; ils sont épais, durs, presque rigides. Ces tendons présentent à leur insertion sur les colonnes charnues et sur la valvule mitrale de petites concrétions. La valvule mitrale est blanche, épaisse; sur sa face auriculaire font saillie plusieurs de ces petites concrétions qui rendent la paroi rugueuse et donnent la sensation de nodosités. Dans les points où siègent ces nodosités, se trouve une vascularisation qui, par sa couleur, tranche sur le fond d'un blanc mat. Cette rougeur s'accompagne de friabilité. L'orifice mitral est large, beaucoup plus large qu'à l'état normal; son pourtour n'est pas altéré. Insuffisance notable des valvules sigmoïdes. Une de ces valvules est déchiquetée. Elles présentent des concrétions moins nombreuses que celles de la valvule mitrale, mais plus dures et évidemment plus avancées dans leur évolution. L'une de ces valvules a pour base un bourrelet dur et épais, criant sous le scalpel. Il n'y a point de rougeur.

Les lésions les plus avancées siègent sur l'aorte ascendante. La surface interne est dépolie, inégale, rugueuse, avec des anfractuosités. On y trouve des concrétions larges, très-dures, avec incrustation calcaire. Dans d'autres endroits, il

y a de la rougeur, et la cavité interne est soulevée, plissée, friable. Hypérémie et épaississement de la tunique externe.

La valvule tricuspide est rouge et épaisse, mais égale au toucher et sans rugosités.

Les autres détails nécroscopiques appartiennent à la gêne de la circulation veineuse.

Il nous semble que de l'aspect et de la dureté des produits pathologiques, on peut déduire l'âge relatif de ces produits; la présence ou l'absence de l'inflammation fournit une donnée de plus. Les points où l'exsudat est plus mou, plus diffus, et où se trouve encore la rougeur et la friabilité, présentent évidemment une altération moins avancée que ceux où, au contraire, la vascularisation a disparu, et où la concrétion est dure, limitée, incrustée de sels calcaires. Les deux lésions peuvent se rencontrer dans le voisinage l'une de l'autre, par exemple dans le cas présent, à la base de l'aorte; mais il n'en est pas moins vrai que la région qui présente la lésion la plus avancée doit être celle qui a été atteinte la première, quelles que soient, d'ailleurs, les altérations survenues plus tard dans le voisinage des premières. En revenant donc sur l'autopsie, nous devons regarder comme affectées les premières la portion initiale de l'aorte et les valvules sigmoïdes; plus tard, la valvule mitrale l'a été aussi, et la valvule tricuspide commençait à l'être.

Les deux cas dont nous venons de raconter l'histoire témoignent d'un fait d'observation qui n'est pas nouveau: que les signes fournis par l'auscultation ne suffisent pas pour déterminer le siège d'une lésion cardiaque, et que la synthèse de tous les phénomènes présentés par la circulation est indispensable, parfois même insuffisante.

Dans les lésions multiples, telles que les présentait le cœur de notre deuxième observation, nous n'avons jamais eu que le souffle de l'insuffisance mitrale, à l'exclusion du souffle aortique. Nous serait-il permis d'expliquer cette constance de l'insuffisance mitrale par ce fait que le souffle est sous la dépendance, non-seulement de l'altération pathologique, mais encore et surtout du changement de forme, de l'aggrandissement de diamètre par suite de l'hypertrophie ventriculaire.

A propos de ce souffle, nous devons dire en terminant que nous supposions la lésion mitrale, moins avancée qu'elle ne l'était en réalité, et cela pour deux motifs : d'abord, ce souffle a toujours été doux ; il augmentait bien d'intensité, lorsque l'impulsion cardiaque était plus forte, mais sa ténacité ne changeait pas. De plus nous avions présente à l'esprit la première observation, où ce même souffle avait eu pour siège un orifice à peine altéré.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES DE LYON.

---

### SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

PRÉSIDENTE DE M. BONDET.

(Extrait des procès-verbaux de la Société.)

---

*Pemphigus des nouveau-nés. — Résection du coude. — Présentation de pièces. — Endocardite ulcéreuse.*

— M. TRIPIER (Léon) donne le résumé de trois observations de pemphigus des nouveau-nés qu'il a recueillies dans la salle des femmes en couches, service de M. Perroud, — Après quelques considérations générales sur l'histoire de la question et les conclusions du mémoire de MM. Ollivier et Ranvier sur le même sujet, M. Tripier passe en revue les principaux caractères de la maladie et fait voir combien sont difficiles à établir les bases du diagnostic entre le pemphigus simple et le pemphigus syphilitique. Puis il arrive aux observations qu'il résume ainsi :

Les trois mères avaient de 20 à 30 ans. Toutes trois étaient bien portantes.

La première (celle dont M. Tripier a dessiné l'enfant) avait eu un avortement antérieur à six mois ; le produit n'aurait présenté aucune éruption. — Elle n'avait toute espèce d'antécédents syphilitiques tant pour son propre compte que pour celui de son mari. Elle se serait toujours trouvée

dans des conditions extérieures assez bonnes. Elle n'aurait ressenti aucun trouble durant tout le cours de sa dernière grossesse qui serait arrivée à terme. Son enfant était bien constitué au moment de sa naissance.

Deuxième jour, amaigrissement, et dès le troisième, éruption discrète sur tout le corps. A l'exception de la tête, bulles ayant de 0,006 à 0,007 de diamètre dans tous les sens, les unes se révélant par un léger gonflement de l'épiderme et une teinte blanchâtre de celui-ci sans liquide à l'intérieur; les autres étant plus développées, plus blanches encore, et contenant un liquide séreux; d'autres, enfin, très-volumineuses, jaunâtres, à contenu purulent, avec une auréole inflammatoire.

Vers le troisième jour de l'éruption, l'amaigrissement était devenu encore plus notable; la plupart des bulles s'étaient affaissées, et l'on ne trouvait plus à leur place qu'une matière pultacée, jaunâtre, demi-molle, quelquefois d'un rouge vineux, noirâtre et assez solide. Examinée au microscope, cette matière semblait composée d'une grande quantité de cellules épidermiques plus ou moins altérées, puis de cellules plus jeunes avec des granulations caractéristiques, le tout plongé au milieu d'une substance amorphe finement granulée. Dans les points où se trouvaient les croûtes roussâtres, on rencontrait de plus des éléments du sang plus ou moins altérés. La mort arriva le quatrième jour de l'éruption.

L'autopsie montra un amaigrissement considérable, une teinte cachectique des téguments. Quant à l'éruption, elle siégeait surtout aux faces dorsales des pieds et des mains; on ne trouva qu'une bulle au niveau de l'éminence thénar à droite, et une autre au niveau du talon à gauche. Un examen minutieux de toutes les muqueuses n'a montré aucune altération.

Pour ce qui est des organes, seuls le poumon et le foie (face convexe) offraient une teinte blanchâtre par places. Leur coloration et leur consistance étaient, du reste, normales. L'examen microscopique fait constater dans ces plaques la présence d'une grande quantité de corps fusiformes;

en outre, pour le foie, les cellules hépatiques environnantes paraissaient en voie de régression graisseuse.

La deuxième femme était primipare. Pas d'antécédents syphilitiques, tant pour elle que pour son mari. Conditions extérieures assez bonnes. Accouchement à terme. Son enfant était un peu maigre. Vers le quatrième jour, il présenta au pli de l'aîne, de chaque côté, une éruption bulleuse discrète dont le contenu devint bientôt jaunâtre; puis les cloches s'affaissèrent au bout de trois jours, sous l'influence de petits soins de propreté; mais la peau ne parut jamais enflammée. A son départ (12 juin), il ne présentait aucun signe de dépérissement.

La troisième était également primipare. Accidents secondaires, tels que douleurs articulaires, croûtes dans les cheveux, roséole généralisée, angine, quatre mois environ auparavant. Son mari n'aurait jamais rien éprouvé de semblable. L'accouchement serait arrivé entre le septième et le huitième mois.

Son enfant n'était pas difforme, mais maigre, chétif et respirant à peine. Vers le deuxième jour, il présente au pli de l'aîne, de chaque côté, une éruption bulleuse discrète, qui sembla augmenter jusqu'au sixième jour. Puis l'aspect jaunâtre se montra, et au troisième jour tout avait disparu par les soins de propreté. Au départ de la mère (12 juin), l'enfant était encore chétif, mais il prenait facilement le sein.

Pour chacune des trois mères, les différentes phases de l'accouchement s'étaient très-bien passées, et les suites également.

L'examen des organes génitaux a, chaque fois, été fait par la sœur cheftaine qui, malgré toute sa bonne volonté, n'a jamais rien trouvé.

En résumé, M. Tripier pense que le premier et le troisième enfant étaient atteints de pemphigus syphilitique.

Pour le premier, il se fonde sur les lésions trouvées à l'autopsie dans les organes. Pour le troisième, sur les antécédents de la mère. Toutefois, il serait très-heureux d'avoir l'avis de la Société.

M. SOULIER rappelle d'abord que sur les trois observations communiquées par M. Léon Tripier, celui-ci en a donné deux comme étant pour lui de nature syphilitique. Or, c'est ce dernier diagnostic qu'il vient discuter ; il croit que ces observations ne renferment pas des éléments suffisants pour justifier le diagnostic de M. Tripier.

S'appuyant sur le travail de MM. Ollivier et Ranvier, M. Soulier commence par établir que trois caractères sont nécessaires pour porter le diagnostic *pemphigus syphilitique*.

1° Le siège palmaire et plantaire du pemphigus.

2° La composition elle-même de la bulle pemphigoïde ; dans le pemphigus syphilitique, après avoir déchiré la bulle, l'on trouve une couche blanchâtre, pulpeuse, formée des éléments du corps muqueux, couche revêtant les papilles plus ou moins enflammées ; d'autre part, le liquide renfermé dans la bulle contient des cellules épithéliales en très-grande quantité.

3° Le troisième caractère, enfin, nécessaire pour justifier le diagnostic, ce sont des manifestations non douteuses de la syphilis viscérale.

Or, dans les deux observations de M. Tripier, nous voyons dans l'une un enfant né d'une mère syphilitique présentant des bulles de pemphigus exclusivement sur les aines. Le premier caractère du pemphigus syphilitique, c'est-à-dire celui du siège, manque donc ici. Les deux autres caractères n'ont pu être constatés, parce que la mère s'est opposée à tout examen du contenu des bulles, et parce que l'enfant n'a pas succombé. M. Soulier croit donc que le siège *syphilitique*, pour ainsi dire, du pemphigus manquant, et les deux autres caractères n'ayant pu être recherchés, le diagnostic est ici extrêmement douteux ; il croit que le fait *mère syphilitique* ne suffit pas pour dissiper le doute.

Quant à l'autre observation, les caractères de siège et de composition de la bulle manquaient aussi, et les caractères nécroscopiques étaient douteux. Ainsi, les bulles siégeaient sur le tronc et les membres, les régions plantaires et palmaires exceptées ; ainsi, les bulles ne renfermaient pas cette couche pulpeuse blanchâtre signalée par MM. Ollivier et Ranvier ; leur contenu, à l'examen microscopique, ne présentait que quelques rares cellules épithéliales ; enfin, les lésions du foie et du poumon n'avaient que des caractères syphilitiques douteux : au foie, de simples lignes blanchâtres se dessinant sur une coupe ; dans le poumon, quelque chose d'encore moins accusé. M. Soulier fait remarquer que les noyaux fibro-plastiques signalés par M. Tripier comme constituant en grande partie cette prétendue lésion sy-

philitique ici ne prouvent rien, vu que dans le fœtus, le tissu fibro-plastique abonde dans les organes. De tout ceci, il conclut que même pour cette observation, le diagnostic de M. Tripier est très-discutable, et d'autant plus qu'il n'a pas été possible de découvrir chez les parents des antécédents syphilitiques.

M. TRIPIER, tout en accordant une grande valeur au travail de MM. Ollivier et Ranvier, nie d'abord qu'il faille en accepter sans examen toutes les conclusions. Pour la dernière observation, d'ailleurs, il remarque que M. Soulier a nié à tort qu'aucune des bulles ne siègeât sur les faces palmaires et plantaires, car il y en avait une sur la limite d'une région hypothenar, une autre sur le bord d'un talon. Si le contenu des bulles n'a pas présenté les caractères de pemphigus syphilitique indiqués par MM. Ollivier et Ranvier, il en a présenté un autre signalé par quelques observateurs, et surtout par M. Morin, comme très-important, celui d'être mélangé de sang.

Enfin, M. Tripier ne peut concéder que l'examen nécroscopique n'ait pas été très-concluant en faveur de son diagnostic; il n'y avait pas seulement des noyaux fibro-plastiques dans ces taches du poumon qu'il croit avoir été de véritables gommès, mais encore un exsudat granuleux; les néoformations syphilitiques les plus incontestables ne sont pas autrement composées, et Virchow a bien établi que les granulations ou gommès syphilitiques n'étaient qu'un mode de prolifération du tissu conjonctif. L'objection tirée de la présence normale du tissu fibro-plastique dans les organes des nouveau-nés n'a donc pas de valeur. En outre, M. Soulier a oublié pour le foie un fait important, c'est la dégénérescence graisseuse des cellules hépatiques dans le voisinage des points altérés.

Quant à l'autre observation, M. Tripier croit que l'existence bien certaine de la syphilis chez la mère ne peut pas ne pas faire fortement pencher la balance en faveur du diagnostic pemphigus syphilitique.

M. DIDAY a observé souvent le pemphigus palmaire chez des nouveau-nés syphilitiques; il ajoute qu'il est même rare que le pemphigus ne soit pas seulement palmaire et plantaire.

— M. TRIPIER (Léon) présente une malade à laquelle M. Ollier a pratiqué une résection sous-périostée du coude, il y a onze mois. Bien qu'on ait enlevé environ 0,07 de tissu

osseux, le raccourcissement est seulement de 0,01 pour l'humérus, de 0,02 pour le cubitus et de 0,01 pour le radius. Mais le point important, c'est que les mouvements actifs de flexion ou d'extension, déjà très-apparents le troisième mois après l'opération, sont à peu près complets actuellement.

M. OLLIER donne quelques détails sur la nouvelle méthode opératoire, employée chez la malade présentée par M. Tripier, la résection sous-capsulo-périostée.

Depuis Moreau, on compte environ 200 cas de résection du coude. Les succès ont été nombreux; mais les résultats n'ont pas toujours été brillants au point de vue des mouvements; la flexion est toujours difficile, et l'extension toujours *passive*. Sur 20 cas tirés d'une statistique des hôpitaux de Paris, il n'y en a eu qu'un où le malade présentait quelques légers mouvements actifs d'extension. A quoi cela tient-il? Cela tient à ce que la section du triceps a toujours été considérée comme un temps préliminaire indispensable; et en effet, il semble, au premier abord, qu'il n'y ait que deux voies pour pénétrer dans la jointure, la section du triceps ou la section de l'olécrâne. Or, il n'en est rien; on peut faire autrement. C'est ce que M. Ollier a fait chez la malade présentée par M. Tripier et chez une autre malade opérée il y a quelques jours.

L'incision verticale sur le côté externe de l'articulation étant pratiquée, on enlève avec une sonde rugine l'attache du triceps, on racle la couche de l'os, on peut même enlever quelques lamelles osseuses, puis on le rejette en dedans, et on a alors de l'espace pour manœuvrer avec facilité. On pratique ensuite une incision de dégagement en dehors, perpendiculairement à la première, de 0,02 à 0,04, suivant le besoin. Puis, suivant toujours le principe de ne rien inciser, ni muscles, ni tendons, ni ligaments, on détache les insertions du ligament latéral externe, on cherche alors à faire bâiller l'articulation en exagérant fortement l'adduction.

Lorsqu'on est parvenu à luxer la jointure, on détache, toujours par le même moyen, les attaches du ligament latéral interne, sans s'inquiéter du nerf qui se trouve toujours ainsi à l'abri de l'instrument. On fait donc ici une véritable énucléation de l'articulation, et quoique un peu difficile, elle se fait assez vite cependant, puisque dans les deux cas rapportés par M. Ollier, le temps de l'opération n'a duré qu'un quart-d'heure.



M. Ollier a ensuite envisagé les résultats de cette méthode aux trois points de vue : 1° de la sécurité ; 2° de la reproduction de l'os ; 3° du rétablissement des fonctions.

1° Au point de vue de la sécurité, le fait est évident et n'a pas besoin de démonstration.

2° Au point de vue de la reproduction des os, cette méthode est évidemment supérieure à la méthode ordinaire, puisque le périoste y est entièrement conservé. A l'appui de cette proposition, M. Ollier met sous les yeux de la Société deux articulations du coude réséqués sur deux chiens, chez l'un par la méthode ordinaire, chez l'autre par la nouvelle méthode. Or, tandis qu'à chez le premier, on trouve à peine quelques poussées osseuses, chez le second, on voit une reproduction parfaite du ginglyme, qu'il serait difficile de distinguer d'un ginglyme normal. Il faut reconnaître cependant qu'en pratique, cette formation de l'os est subordonnée à l'altération du périoste et à l'âge du malade. Aussi c'est surtout au troisième point de vue du rétablissement des fonctions que la nouvelle méthode l'emporte sur l'ancienne. Dans celle-ci, en effet, les muscles coupés se rétractent, les fléchisseurs contractent des adhérences avec le triceps, d'où il résulte des mouvements irréguliers, désordonnés quand ils existent. Dans la nouvelle méthode, au contraire, tout étant conservé, les mouvements reviennent, les mouvements de flexion et d'extension sont actifs et normaux.

M. Ollier fait voir, enfin, qu'on peut constater tous ces résultats chez la malade présentée par M. Tripier. Chez elle, on a conservé les muscles, les tendons, les résections de la capsule ; la pièce ne conserve pas de périoste, comme on peut le voir.

L'os s'est reproduit particulièrement du côté de l'humérus, où l'on sent les deux tubérosités, et surtout l'interne. Du côté du cubitus, on sent une saillie olécrânienne très-peu marquée. Le radius, étant beaucoup plus mal partagé, à cause de la cupule et du ligament annulaire, ne présente pas de reproduction. Il faut dire, il est vrai, que la malade avait 30 ans, et que l'accroissement en longueur tant des deux os de l'avant-bras par leur extrémité inférieure, que de l'humérus par son extrémité supérieure, eût été beaucoup plus marqué avant la suture du squelette.

Mais M. Ollier insiste surtout sur l'absence de mobilité latérale, sur l'état des mouvements de flexion et d'extension qui sont actifs et parfaitement ordonnés.

Ce résultat seul suffirait pour démontrer amplement la supériorité de la résection sous-capsulo-périostée.

— M. MENARD (Armand) présente les pièces anatomiques d'un malade qui a succombé à un anévrisme de l'aorte.

Le sujet de l'observation était âgé de 50 ans. Il avait fait des excès alcooliques nombreux et avait eu, il y a quelques années, des douleurs rhumatismales.

A son entrée dans le service de M. Chappet, il accuse une douleur dans le côté gauche, augmentant à chaque inspiration et devenant plus intense aux changements de température.

L'examen attentif du malade ne permet de découvrir qu'un emphysème très-prononcé des poumons et un embarras gastrique. Ce dernier état s'était même considérablement amendé sous l'influence de la médication, lorsque le malade mourut subitement.

L'autopsie fait constater l'état suivant : Epanchement sanguin occupant tout le côté gauche de la poitrine ; poumons congestionnés et emphysémateux ; au sommet du poumon droit, tubercules à l'état crétacé et enkystés. Congestion très-notable des méninges et du cerveau, stéatose du cœur et du foie.

Anévrisme mixte externe de l'aorte thoracique, au niveau des cinquième, sixième et septième vertèbres dorsales. La poche anévrismale a le volume d'un poing d'adulte ; elle adhère aux vertèbres qu'elle a détruites en partie, de telle sorte que la colonne sanguine était directement en rapport avec elle, à cause de la destruction complète des parois de la poche en ce point. La surface interne de la poche est parsemée d'incrustations osseuses et cartilagineuses ; en certains points, les membranes internes et moyennes ont disparu. À 0,04 ou 0,05 au-dessous, l'aorte présente une dilatation anévrismale commençante, dont la surface interne est aussi parsemée d'incrustations encore plus nombreuses ; le reste de l'artère offre un calibre normal. Hypertrophie légère du ventricule gauche. Etat normal des valvules.

— M. CHAUVEAU met sous les yeux de la Société un cœur de cheval que lui a remis M. Blanc, vétérinaire au 9<sup>e</sup> dragons, et qui présente une espèce d'endocardite ulcéreuse.

Sur deux des trois angles de réunion des valvules sigmoïdes de l'aorte, on voit une espèce d'ulcération très-limitée et sur laquelle s'est greffée une concrétion sanguine extrêmement ancienne, donnant ainsi lieu à ce qu'on a appelé polype du cœur.

A l'autre angle, on voit de petites tumeurs athéromateuses, ce qui fait penser à M. Chauveau que l'ulcération a résulté de l'altération de tumeurs athéromateuses semblables.

La veille, ce cheval se rendait très-bien portant à la manœuvre. Là, il tombe, on le ramène avec peine à l'écurie. Il présente quelques troubles circulatoires manifestes et meurt le soir même.

Bien que l'autopsie n'ait rien fait constater, M. Chauveau pense que la cause de la mort a été une embolie qui a échappé à une observation nécessairement incomplète, à cause de l'étendue des parois à examiner.

M. BONDET a observé chez l'homme un cas ayant une grande analogie avec celui que vient de présenter M. Chauveau. Il a dernièrement reçu dans son service un malade présentant tous les signes de l'apoplexie pulmonaire : crachements de sang, râles sous-crépitaux abondants, un peu de souffle bronchique. Le poulx était vibrant, comme celui de l'insuffisance aortique. L'auscultation ne révélait rien au cœur, tandis que le sphygmographe donnait un tracé tel qu'à première vue MM. Chauveau et Perroud diagnostiquèrent une insuffisance aortique.

L'autopsie montra, en effet, une destruction presque complète d'une valvule sigmoïde de l'aorte, dont il ne restait que le bord libre, et au-dessus d'elle s'élevaient des végétations. On avait donc ici une lésion qui se rapprochait de l'endocardite ulcéreuse.

M. PERROUD fait remarquer que les deux faits d'endocardite ulcéreuse qui viennent d'être rapportés ont présenté une symptomatologie bien différente de celle que MM. Charcot et Vulpian ont assignée à cette maladie.

Ces auteurs, en effet, ont décrit deux espèces de symptômes. Tantôt les malades meurent avec les signes de la résorption purulente, et l'autopsie montre une ulcération de l'endocarde et un ou plusieurs petits caillots emboliques ; tantôt ils succombent en présentant des accidents typhoïdes, adynamiques, et l'autopsie montre les mêmes lésions dans le cœur.

M. CHAUVÉAU n'a pas présenté son observation comme un type d'endocardite ulcéreuse. Aussi ne l'a-t-il appelée qu'une espèce d'endocardite ulcéreuse.

M. BONDET reconnaît que le cas qu'il a observé doit être séparé de l'endocardite ulcéreuse ordinaire dont M. Perroud a rappelé les symptômes. Du reste, l'ulcération s'en distinguait aussi. C'était une lésion très-localisée et bien distincte de celle décrite sous le nom d'endocardite ulcéreuse.

M. LAROYENNE demande si dans ces faits d'endocardite ulcéreuse avec phénomènes typhoïdes, on n'a pas quelquefois pris l'effet pour la cause, et si l'ulcération ne peut pas être considérée, dans certains cas, comme consécutive à l'état typhoïde.

M. PERROUD répond qu'il ne peut y avoir erreur sur ce sujet, lorsqu'on assiste par l'auscultation à la lésion de la valvule. On ne constate d'abord que quelques troubles dans le système des battements, puis on perçoit un bruit de souffle, et ce n'est qu'après ces symptômes qu'on voit apparaître les phénomènes typhoïdes.

---

## REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

---

**Des corps étrangers dans les voies aériennes chez les enfants.** — M. GUERSANT résume de la façon suivante le traitement applicable en pareil cas :

Appelé auprès d'un enfant ayant un corps étranger dans le larynx, si on peut examiner le malade avec le laryngoscope ou avec le spéculum de M. le docteur Labordette, si le corps étranger est à l'entrée du larynx ou même entre les cordes vocales, on pourra positivement, à l'aide de ce dernier instrument, voir ce corps étranger et le saisir avec des pinces à polype; c'est ce qu'il y aura de mieux à faire. Si on est privé de ce dernier moyen, qui nous paraît indispensable à mettre en usage en pareil cas, il faudra avant tout mettre l'enfant la tête en bas, le frapper dans le dos, le faire tous-

ser et crier. Nous avons vu, par ce moyen, des corps étrangers être expulsés, haricots, pièces de monnaie, etc.

Après ce moyen, on peut, mais sans grande espérance de succès, employer les vomitifs, les sternutatoires, et enfin il faut, le plus souvent sans tarder, en venir à la laryngotomie, si on pense que le corps est dans le larynx, ou bien à la trachéotomie, si on croit que le corps étranger est dans la trachée ou dans les bronches.

Il faut, pour ces opérations, suivre les préceptes indiqués à l'article trachéotomie en cas de croup, et ne pas oublier l'emploi de la petite pince à bec de grue pour aller à la recherche du corps étranger qui peut être engagé dans une bronche; dans un cas de ce genre, nous avons été heureux de nous servir de cet instrument avec succès, les corps étrangers ne sortant pas des bronches avec facilité, comme cela a lieu, au contraire, lorsqu'ils sont dans la trachée. Il faut se décider d'autant plus promptement pour la trachéotomie, qu'il n'y a pas à craindre l'insuccès comme dans les cas de croup, où l'on réussit rarement; en effet, dans les trachéotomies pour corps étrangers, la mort est l'exception, et la guérison l'ordinaire.

Nous avons eu occasion de faire cinq trachéotomies pour extraire des haricots dans la trachée, nous avons guéri quatre malades; un est mort: il avait été opéré dix-huit jours après l'accident, il a succombé à une pneumonie.

Nous avons toujours pansé simplement la plaie le premier jour, et nous n'avons réuni que graduellement; on pourrait chercher à réunir de suite, quand le corps étranger est sorti, et ne pas réunir la plaie, et même la tenir écartée par une canule, quand le corps étranger n'est pas sorti et qu'on espère qu'il viendra plus tard.

Après ce genre d'opération, le chirurgien doit redouter les bronchites et les pneumonies; il doit toujours se tenir en garde, examiner tous les jours la poitrine et agir de suite sur les premiers symptômes. — (*Bulletin de thérapeutique*, 15 septembre.)

**Phlébite consécutive au furoncle et à l'anthrax.** — M. BROCA a communiqué à la Société de chirurgie

gie l'observation d'un malade entré dans son service pour un anthrax très-étendu de la nuque, et présentant les symptômes de l'infection purulente, un très-grand abattement, mais une parfaite intégrité de l'intelligence ; les urines n'étaient pas sucrées.

A l'autopsie, il a trouvé dans la cavité arachnoïdienne une quantité notable de sérosité, une phlébite suppurée du pressoir d'Hérophile et des deux sinus latéraux. Il y avait dans ces conduits du pus en nature, et la limite de la phlébite était marquée par l'arrivée de la veine mastoïdienne de chaque côté.

Pendant la vie, la protubérance occipitale était à nu ; sur une coupe, toutes les cellules qu'elle renferme étaient remplies de pus. En pénétrant par l'une d'elles, le stylet s'enfonçait à plusieurs millimètres de profondeur. Il était évident que la phlébite s'était propagée par l'un des sinus du diploé. Il y avait des abcès multiples dans le poumon.

A propos de cette communication, M. Cabanellas a adressé à la Société la relation d'un cas très-grave d'anthrax traité et guéri par une incision cruciale dans toute sa largeur et dans toute son épaisseur, et par une cautérisation profonde avec le nitrate acide de mercure. — M. Trélat, de son côté, a fait connaître six cas bien incontestables de furoncles de la face qui se sont compliqués de phlébite. Dans tous ces faits empruntés à divers observateurs, l'inflammation des veines a été souvent très-précoce, ce que l'on doit attribuer, suivant M. Trélat, à la richesse vasculaire de la face.

Une discussion sur le traitement local de l'anthrax s'est engagée au sein de la Société. Les membres qui ont pris la parole se sont tous ralliés au principe des incisions profondes et suffisamment étendues. M. Velpeau préfère à l'incision cruciale ordinaire une multitude d'incisions (15, 20, 30, 40) et recouvre toute la région malade de cataplasmes un peu épais. Les incisions profondes, en faisant cesser l'étranglement, calment les douleurs, mais n'empêchent pas toujours les inflammations diffuses et ne mettent pas à l'abri de l'infection putride et purulente. Aussi, dans le but de modifier les surfaces mises à nu, MM. Boinet, Forget et Nélaton ont eu recours avec succès à la teinture d'iode

caustique qu'ils appliquent jusqu'à ce que la plaie soit en voie de cicatrisation régulière. — M. Follin a réalisé la même indication en cautérisant avec des lanières de chlorure de zinc les surfaces mises à nu, et a vu très-promptement les plaies se déterger et l'état général devenir meilleur. — Nous ajouterons que cette dernière méthode est celle que nous avons vu le plus ordinairement employer dans les hôpitaux de Lyon.

Comme tout le monde, M. A. Guérin a pu constater les avantages des grandes incisions, mais il les accuse de multiplier les chances d'infection purulente en ouvrant des portes d'entrée aux éléments putrides et purulents. Aussi se contente-t-il de faire des incisions multiples sous-cutanées. En ménageant ainsi la peau, je laisse, dit-il, une surface d'absorption moins grande; je diminue l'abondance de la suppuration, et enfin je cause moins de douleurs au moment de l'opération. Ces trois considérations m'ont paru suffisantes pour recommander la méthode que je préconise, et depuis dix ans que je l'emploie, j'ai toujours vu cette opération, d'ailleurs peu douloureuse, faire cesser immédiatement l'étranglement des tissus sous-cutanés. Si on incise assez profondément, on arrête la marche de la maladie en faisant cesser l'étranglement.

M. Guyon a mis deux fois en pratique le procédé conseillé par son collègue et lui a dû, dans un cas, une guérison rapide.

L'extirpation de l'anthrax incidemment proposée par M. Broca a été combattue par MM. Demarquay et Marjolin comme exposant plus que les incisions à l'ouverture des vaisseaux, et par conséquent à l'hémorrhagie et à la phlébite. — (*Société de chirurgie*, séances du 27 septembre et du 4 octobre 1865.)

**Cas d'empoisonnement par le sulfo-cyanure de mercure.** — M. Michel PETER a appelé l'attention de la Société médicale de l'Elysée sur un fait d'empoisonnement.

J'ai été appelé le 2 septembre dernier pour donner des soins à un jeune seigneur étranger, le prince O..., qui ve-

nait, me disait-on, de s'empoisonner avec le *serpent indien*. (La préparation dont fait usage le prestidigitateur Claverman pour évoquer les serpents est du sulfo-cyanure de mercure associé, dans des proportions qui sont le secret de l'inventeur, à du nitrate de potasse.)

A quatre heures de l'après-midi, le prince rentrait à son hôtel, lisait son journal et, machinalement, prenait dans une boîte placée sur le bureau un bonbon ; c'était du sulfo-cyanure ! Il le croque, en avale rapidement un morceau sans le goûter ; mais aussitôt, étonné de l'affreuse saveur de la substance, il rejette ce qu'il en a encore dans la bouche et essaie, mais inutilement, d'expulser ce qu'il a ingéré. Il éprouve bientôt un sentiment de chaleur et de constriction le long de l'œsophage, d'ardeur et de souffrance dans la région de l'estomac. Inquiet alors, il se rend auprès d'un médecin du voisinage qui, prudemment, lui fait prendre un émétique. Un vomissement a lieu, qui soulage le malade. Cependant la douleur d'estomac ne tarde pas à reparaitre. C'est alors que le frère aîné rentre. Lui seul (qui a acheté le sulfo-cyanure) sait quelle peut être la nature de l'accident ; il s'inquiète et accourt me chercher.

Je trouve, trois heures et demie après l'accident, le malade dans les conditions suivantes : pâleur, faiblesse notable, malaise général, pouls à 84, peau fraîche, sans sucir froide, mais petits frissons fréquents. Saveur métallique insupportable dans la bouche, sensation de constriction tout le long de l'œsophage avec gêne de la déglutition, douleur continue au creux de l'estomac, que le malade comprime avec sa main pour se soulager ; augmentation de la douleur dès qu'une substance quelconque est ingérée.

Le malade, très-indocile, suppose qu'en dinant il va se guérir ; il s'efforce, malgré mes représentations et celles de son frère, de prendre quelques cuillerées de potage et un peu de poulet ; mais le malaise augmente rapidement, et il se décide enfin à faire en partie ce que nous voulons.

Il y avait quatre heures que l'accident avait eu lieu : une partie de la substance toxique avait dû être heureusement rejetée par le vomissement ; le peu qui en restait était bien certainement absorbé, et d'ailleurs, son passage à travers



l'œsophage et son séjour dans l'estomac expliquaient les accidents locaux dont se plaignait le malade. Il s'agissait non pas de neutraliser une substance toxique *actuellement dans l'estomac*, mais de décomposer ce qui avait dû être *absorbé*, c'est-à-dire ce qui avait passé dans les secondes voies. Je résolus donc de donner de l'eau de chaux, qui devait décomposer le sulfo-cyanure et faire passer le mercure à l'état d'oxyde insoluble et inoffensif. Je fis prendre, en conséquence, toutes les dix minutes (le malade n'en voulut pas prendre plus souvent) une cuillerée à soupe d'eau de chaux additionnée d'une cuillerée d'eau glacée et de deux cuillerées d'eau de Seltz. A la troisième cuillerée, le malaise était déjà moindre ; à la cinquième, il était moindre encore, et les nausées avaient cessé. Ce qui persistait, c'était la douleur d'estomac ; j'obtins du malade (toujours un peu trop prince malgré la maladie) qu'on lui appliquerait un cataplasme très-chaud et largement laudanisé sur le creux de l'estomac. Le soulagement fut rapide, et le malade, enchanté, commença à se laisser faire plus volontiers. J'en profitai pour lui administrer une dose de 25 centigrammes, de fer réduit par l'hydrogène, en vue d'agir dans le même sens que la chaux, dans le cas où un peu de sel mercuriel resterait encore non modifié dans l'estomac. Le sommeil vint vers minuit ; la souffrance avait presque entièrement disparu.

Le lendemain le malade se trouvait très-bien. Malgré mes recommandations, il dîna joyeusement au café Anglais ; mais, au milieu du repas, il éprouva un certain besoin et, en le satisfaisant, il rendit, à son grand étonnement et à sa grande joie, un *tænia* d'une longueur qu'il évalue à près d'un mètre.

La santé est parfaite maintenant, et le jeune homme est enchanté de ce que son accident l'ait débarrassé d'un hôte incommode, le *tænia*, jusque-là rebelle chez lui à la thérapeutique. — *Union médicale*, 13 septembre.)

**Etude sur le choix à faire entre la version pelvienne et l'application du forceps dans les cas de rétrécissement du bassin par saillie de**

**l'angle sacro-vertébral.** — Des faits et des considérations exposés dans son mémoire, M. PETIT a déduit les conclusions suivantes :

1° Sur un bassin rétréci par saillie de l'angle sacro-vertébral, est-on obligé par un accident d'agir au début du travail, alors que le col est dilaté et la poche des eaux récemment rompue?

L'application du forceps, quoique très-difficile, peut et doit cependant être tentée, parce que la version est d'autant plus dangereuse pour la mère et pour l'enfant que le bassin est plus rétréci. Cette opération étant manquée, on peut soit faire la version céphalique et réappliquer le forceps, soit pratiquer la version pelvienne. La raison qui pourra déterminer le choix entre les deux opérations sera la nature de l'accident. Plus l'accident qui oblige à opérer sera pressant, et plus vite il faudra en venir à la version. Il est entendu que nous ne parlons que des présentations céphaliques, les autres nécessitant la version pelvienne d'une manière douce.

2° Si aucun accident ne nous oblige à terminer promptement, nous suivrons la doctrine des anciens accoucheurs, nous attendrons le résultat des efforts naturels d'expulsion pour les aider à la fin par le forceps, s'ils se montrent insuffisants.

3° Peut-être faudrait-il ajouter que la version est absolument contre-indiquée, lorsque le diamètre antéro-postérieur n'a pas plus de sept centimètres et demi.

En un mot, nous croyons que dans les bassins rétrécis, la version peut rendre de grands services, mais comme moyen accessoire du forceps, et seulement alors que des contre-indications de présentation ou qu'un danger pressant s'opposent à l'application du forceps. (*Bulletin médical du Nord de la France*, septembre 1865.)

---

## BULLETIN

---

### I. ACADÉMIE DES SCIENCES.

---

*Composition de l'iodure de potassium. — Période prodromique du choléra. — Observation d'ovariotomie. — Prophylaxie du choléra. — Greffe animale.*

*Séances des 18 et 25 septembre, 2 et 9 octobre 1865. — Composition de l'iodure de potassium, par M. Payen.*

En écoutant plusieurs communications importantes sur les usages de l'iodure de potassium en médecine, dit M. Payen, il m'a paru utile d'examiner l'iodure de potassium des diverses origines dont disposent nos savants praticiens, afin de savoir si ces produits ont une constance de composition telle qu'elle puisse donner le maximum de valeur aux observations médicales.

Après des essais nombreux entrepris sur les produits considérés comme purs, parmi ceux qui sont livrés habituellement, sous le nom d'iodure de potassium, à l'industrie, aux laboratoires et aux usages médicaux, je suis parvenu, soit à l'aide des réactions usitées en pareil cas, soit au moyen de réactions nouvelles, à reconnaître que tous les produits chimiques ou pharmaceutiques de cette espèce que j'ai pu me procurer offrent une alcalinité notable due à des proportions variables entre 2, 5 et 6 centièmes de carbonate de potasse, que presque tous contiennent de l'iode en excès.

A l'occasion de ces recherches expérimentales, j'ai obtenu, en outre, certains caractères des iodure et bromure de potassium qui ne se sont pas retrouvés dans les chlorures alcalins.

M. Payen résume l'ensemble de ses recherches sur ce sujet dans des conclusions dont nous reproduisons les suivantes, qui ont plus particulièrement trait aux applications médicales :

1° L'iodure de potassium des différentes origines, livré comme réactif ou comme médicament, contient en général du carbonate de potasse et de l'iode en excès.

2° L'iodure de potassium, soit pur, soit légèrement alcalin et ioduré en solution aqueuse saturée, peut gonfler les grains de la fécule au point d'accroître de 25 à 30 fois leur volume, dissol-

vant la substance interne et donnant à la couche externe une énorme extension.

3° Le bromure de potassium produit des effets semblables.

4° Les chlorures alcalins ne donnent lieu ni au gonflement de la fécule, ni à la dissolution de la substance amylacée.

10° On reconnaît immédiatement des traces d'iode en excès dans l'iodure de potassium à l'aide d'un très-léger excès d'acide acétique, qui produit une teinte jaune dans la solution, et de 2 à 5 centièmes de fécule amylacée, celle-ci manifestant aussitôt la coloration violette.

14° En ce qui touche l'iodure de potassium destiné à la thérapeutique, il est désirable que ce composé soit administré à l'état pur; que si, dans certains cas, le médecin voulait prescrire l'iodure de potassium ioduré, on devrait y ajouter l'iode en proportions dosées exactement et suivant la prescription: on aurait alors un deuxième médicament susceptible d'offrir plusieurs variétés.

15° L'analogie remarquable que présente, dans le phénomène du gonflement des granules amylacées, le bromure avec l'iodure de potassium, me semblerait de nature à provoquer de nouvelles expériences physiologiques comparatives sur ce bromure qui, dans cette réaction et de même que l'iodure, diffère entièrement des chlorures alcalins.

— *Nouvelles observations sur la période prodromique du choléra morbus*, par M. Jules Guérin. Il rappelle ses recherches de 1832, dont les conclusions étaient :

1° Que le choléra était presque toujours précédé et annoncé par la série de symptômes à laquelle il avait donné le nom de cholérine, pour ne pas trop effrayer le public, mais pour rattacher néanmoins ces symptômes à la maladie dont ils étaient le précurseur;

2° Que la cholérine était le premier degré du choléra;

3° Que le choléra proprement dit n'était qu'une période avancée d'une maladie méconnue jusque-là dans sa période prodromique;

4° Qu'il était toujours possible d'arrêter le développement du degré mortel du mal en l'attaquant à son degré curable.

M. Guérin s'efforce ensuite d'établir que ces conclusions ont été confirmées par les observations faites en France et à l'étranger dans les épidémies ultérieures.

— *Observation d'ovariotomie suivie de guérison*, par M. Courty. — Le sujet de l'observation est une aliénée de 45 ans. L'ap-

parition du kyste remontait à vingt ans ; il était très-volumineux (15 litres de liquide) et n'avait contracté aucune adhérence avec les parois abdominales et les organes intra-abdominaux.

L'opération a été pratiquée le 25 juillet suivant le procédé ordinaire, et la plaie a été fermée au moyen de deux sutures, l'une interne et l'autre superficielle. Malgré un nouvel accès de manie furieuse, survenu après cette opération, et une série de symptômes très-alarmants du côté des organes respiratoires, la guérison a marché rapidement, et le 20 août, la plaie est presque complètement cicatrisée; l'appétit est rétabli, toutes les fonctions s'accomplissent normalement, et l'aliénation mentale a une tendance marquée vers la guérison.

— *Prophylaxie du choléra*, par M. de Pietra-Santa. — L'étude de l'épidémie de choléra-morbus qui a régné dans la prison des Madelonnettes, du 1<sup>er</sup> septembre 1853 au 1<sup>er</sup> octobre 1854, conduit l'auteur à admettre : que l'épidémie a été précédée de troubles gastro-entériques ; que la diarrhée, dite *prémonitoire*, s'est montrée presque constamment.

Après avoir traité la question au point de vue administratif, l'auteur résume son travail dans les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> L'étude attentive des épidémies de choléra-morbus observées en France, en Angleterre et en Italie, démontre, dans la grande majorité des cas, l'existence de phénomènes prodromiques en général, et plus particulièrement de la diarrhée dite *prémonitoire*.

2<sup>o</sup> Cette diarrhée doit être combattue par une médication rationnelle, en rapport avec la connaissance des conditions cosmo-telluriques et l'observation des constitutions médicales régnantes.

3<sup>o</sup> Toute l'attention des praticiens doit se porter sur la nécessité de prévenir par une prophylaxie intelligente les premières manifestations de la maladie.

— *Sur la période prodromique du choléra*, par M. Pellarin.

L'auteur commence par faire observer que, même en temps d'épidémie cholérique, tant qu'une diarrhée demeure bilieuse, aqueuse ou glaireuse, et qu'elle ne revêt pas l'aspect *riziforme*, il est impossible de savoir si elle doit aboutir ou non à une attaque de choléra. Il rappelle que, suivant l'opinion de plusieurs médecins, chercher à arrêter la diarrhée par les astringents et les opiacés, c'est, pour peu que l'influence cholérique s'y mêle, précipiter la crise et diminuer les chances de salut.

A la doctrine qui prétend « que les épidémies cholériques sont, comme les cas individuels, presque toujours précédés, pendant plusieurs semaines, si ce n'est pendant plusieurs mois, de diarrhées prodromiques », M. Pellarin oppose ce qu'il a vu lors de l'invasion du choléra en 1849 à Givet, puis à Fumay.

Lorsque le choléra vint à éclater dans la garnison de Givet, l'effectif était de 1599 hommes, comptant à l'hôpital en tout 33 malades, dont 17 fiévreux, 8 blessés, 7 vénériens et 1 galeux, soit 1 homme à l'hôpital sur 46, et 1 fiévreux sur 96, chiffres dénotant un état sanitaire peu affecté par les prétendues influences prodromiques.

L'auteur rappelle comment le choléra fut importé dans Givet par un domestique arrivé de Bruxelles le 17 août, et qui présenta les symptômes caractéristiques le jour même; comment à ce premier cas se rattachèrent, par des communications directes ou de voisinage, ceux qu'offrit d'abord la population civile, puis la première attaque dans la garnison. Celle-ci porta sur un grenadier lié avec la servante qui avait soigné le premier cholérique et qui mourut elle-même du choléra le 31 août. Or, le grenadier l'avait visitée pendant sa maladie, notamment le jour de sa mort, et le soir à onze heures, lui-même était pris des symptômes les mieux caractérisés, et il succombait à sept heures du matin; 18 autres militaires, provenant tous de la même caserne occupée par deux compagnies seulement, tel fut le contingent de la première journée épidémique.

Fumay est à 22 kilomètres de Givet en remontant la Meuse. Depuis le 17 août que le choléra s'était montré à Givet jusqu'au 31 octobre suivant, les habitants de Fumay, ouvriers ardoisiers la plupart, n'avaient ressenti aucun trouble inaccoutumé dans leur santé.

Le 11 octobre, un bataillon du 63<sup>e</sup> de ligne quitte Givet, se dirigeant sur Fumay, qui est la première étape. En route, un fusilier (Pierre Guérin) est pris des symptômes du choléra. On le transporte en bateau jusqu'à Fumay, où il meurt le lendemain. Deux jours plus tard, un cas se déclare dans la population de cette petite ville, et à la date du 26 novembre, l'épidémie y avait fait 130 victimes sur 3,000 habitants.

D'influence prodromique, nulle trace, pas plus à Fumay qu'à Givet.

M. Pellarin mentionne plusieurs cas individuels qui ont été sans diarrhée prémonitoire. On sait que les cas de choléra sec sont les plus foudroyants de tous.

M. J. Guérin, à l'appui de sa théorie, cite le résultat de l'en-

quête générale ordonnée par le comité consultatif d'hygiène pendant l'épidémie de 1853-1854. Cette enquête a constaté que du 1<sup>er</sup> novembre 1853 au 22 janvier suivant, sur 974 cholériques admis dans les hôpitaux de la capitale, 740 avaient eu la diarrhée prémonitoire, et que 234 en avaient été exempts. 234 contre 740, c'est tout près du tiers, fait observer M. Pellarin, et cela ne confirme pas, tant s'en faut, la doctrine qui tend à faire de la diarrhée prémonitoire une règle à peu près constante.

Enfin, l'auteur de la note trouve des inconvénients de plus d'un genre aux visites domiciliaires et préventives réclamées par M. Guérin pour combattre la diarrhée prémonitoire.

— *Grefe animale.* — Dans un mémoire sur la greffe animale M. Bert a indiqué un certain nombre de faits qui révèlent une résistance remarquable dans les propriétés vitales des éléments anatomiques. Il a fait voir comment un organe de structure complexe (la queue d'un rat, par exemple) étant séparé du corps, puis écorché et introduit sous la peau de l'animal, continue à vivre et grandit, s'il n'avait pas encore atteint ses dimensions définitives.

Dans la présente note, M. Bert montre que l'organe ainsi greffé est bientôt mis en communication avec l'organisme à l'aide de vaisseaux capillaires qui, au bout d'un certain temps, atteignent plusieurs dixièmes de millimètre de diamètre.

Après une vingtaine de jours, les fibres musculaires subissent soit l'atrophie simple, soit la dégénérescence graisseuse. Les nerfs présentent les phénomènes de dégénérescence et de régénération si bien décrits par MM. Vulpian et Philippeaux.

Les corpuscules osseux, les cellules de cartilage, les fibres tendineuses, les corps fibro-plastiques, les cellules adipeuses de la moëlle des os ne subissent aucune modification appréciable. Les articulations inter-vertébrales restent libres, même après plusieurs mois, et l'on trouve encore dans leur cavité les restes de la corde dorsale.

Cette vie normale de la greffe se manifeste non-seulement dans l'ordre physiologique, mais dans l'ordre pathologique. Si, par exemple, une fois la greffe prise, on y pratique à travers la peau une fracture, celle-ci se consolide par le mécanisme ordinaire. Une inflammation suppurative survient-elle autour de la queue incluse, la greffe s'enflamme elle-même, et dans ce cas, les vertèbres montrent les lésions caractéristiques de l'ostéite. Celle-ci guérit souvent, mais dans quelques cas, elle entraîne la disparition de l'os.

## II. ACADEMIE DE MEDECINE.

*Le choléra devant l'Académie de médecine. — La constitution géologique du sol et les épidémies de fièvre typhoïde. — Acro-dynie et trichinose. — Les virus et les maladies virulentes. — Obstétrique.*

*Séances du 19 septembre au 17 octobre 1865.* — Après avoir ravagé le midi de la France, le choléra vient de faire son apparition à Paris, où il occasionne environ 200 décès par jour. L'Académie ne pouvait pas laisser le fléau inaperçu ; aussi lui a-t-elle consacré une partie de ses séances.

M. Jules Worms a étudié surtout le mode de propagation de la maladie ; il ressort de son travail que le choléra semble prendre naissance sur les bords du Gange, sous des influences mal déterminées ; il paraît bien démontré aussi que la marche de la maladie s'est effectuée, dans un grand nombre de cas, dans une direction contraire aux courants atmosphériques les plus violents ; que la rapidité de cette marche a toujours été en rapport avec celle de locomotion des hommes ; qu'il n'existe pas un seul cas dans la science où une île ou un fort a été primitivement infecté, sans qu'il ait été visité par un bateau provenant d'un lieu affecté ; que lorsque le choléra est arrivé par voie de terre, c'est toujours à la frontière continentale que se sont montrés les premiers cas ; et que dans un immense nombre de cas, les bateaux infectants avaient eu à leur bord des malades cholériques. Tous ces faits semblent démontrer que le choléra est transmissible par les hommes. La multiplication de l'agent toxique a lieu particulièrement dans le canal digestif ; ce sont les déjections alvines et stomachales des cholériques qui renferment l'agent efficace de la transmission ; toutefois, cette efficacité ne coïncide pas avec l'émission des déjections, elle leur est postérieure de quelques jours et semble être éteinte au bout de quinze jours à trois semaines ; les cadavres des cholériques émettent à un plus haut degré que les malades l'agent toxique, et il est à remarquer que les individus atteints de cholérine seulement émettent par leurs déjections l'agent capable de déterminer autour d'eux le choléra confirmé.

Plusieurs circonstances favorisent la propagation de la mala-



die. M. Worms établit que les affections gastro-intestinales, les excès, les écarts de régime, les affections dépressives du système nerveux favorisent l'efficacité de l'agent toxique ; la propagation se fait aussi plus facilement dans les lieux bas que dans des localités très-élevées, sur des terrains d'alluvion que sur des terrains siliceux ; l'abaissement de la température a souvent coïncidé avec un abaissement dans le chiffre des victimes ; souvent le retour de la chaleur a coïncidé avec une recrudescence de l'épidémie.

Le rayon de l'action efficace de l'agent toxique est très-limité.

Sa diffusion dans l'atmosphère en diminue ou en annule les effets ; au contraire, la concentration du principe toxique peut donner lieu à des foyers dont les dangers peuvent être augmentés par le manque d'aération et la malpropreté.

Les données précédentes peuvent servir à instituer une prophylaxie qui se déduit d'elle-même ; comme moyens curatifs, M. Worms conseille surtout une limonade composée de 3, 4 ou même 5 grammes d'acide sulfurique dans un litre de décoction de Salep édulcorée à 150 grammes ; cette limonade, qui a une grande puissance pour arrêter les évacuations alvines, prolonge un peu les vomissements ; mais cette prolongation est plutôt favorable que nuisible.

Si le médecin se trouve souvent désarmé en présence du choléra, lorsqu'il est arrivé à la période algide ou même à la période de réaction, il n'en est pas de même au début de l'affection.

En 1832, M. Guérin signalait une période prodromique du choléra, caractérisée par de la diarrhée, et d'une durée qui peut varier de quelques jours à quelques semaines. Cette diarrhée prodromique est, pour M. Guérin, un véritable accident cholérique ; c'est le choléra à sa première période, car cette diarrhée est contagieuse, et si on ne l'arrête, elle sera bientôt suivie de l'algidité avec tous ses dangers. On peut facilement se rendre maître de la maladie à cette première période, c'est alors surtout que le médecin doit agir.

Mais cette période prodromique existe-t-elle toujours ? M. Gilbert pense que non et cite quelques cas où elle a fait défaut. M. Guérin croit qu'elle est constante et qu'il ne faut pas s'empresser d'accepter les exceptions, car beaucoup de malades ne disent pas exactement ce qu'ils ont éprouvé avant l'invasion de la maladie ; quoi qu'il en soit, nous pouvons tenir pour certain que la diarrhée prémonitoire existe dans la majorité des cas, car sur un relevé de 4,000 cas de choléra réunis en Angleterre, on n'a pas trouvé une seule exception à la règle : sur 142 choléri-

ques entrés à l'hôpital du Val-de-Grâce, M. Michel Lévy n'a trouvé que six cas sans prodrome, et en 1863, le conseil d'hygiène et de salubrité publique de Paris a constaté 740 fois la diarrhée prémonitoire sur 974 cholériques. Ces considérations sont consolantes, car elles démontrent que dans l'immense majorité des cas, on pourrait vaincre la maladie, s'il lui était porté remède assez tôt.

*Fièvres typhoïdes épidémiques.* — Le travail de M. Magne présente certains rapports avec le choléra. On sait que cette maladie semble se complaire sur les terrains d'alluvion, tandis qu'elle ne peut se maintenir sur les terrains primitifs. M. Magne avait démontré déjà que les affections charbonneuses ont les mêmes prédilections géologiques; dans le présent mémoire, il cherche à établir que la fièvre typhoïde se comporte de même que le choléra et le charbon par rapport à la constitution géologique du sol.

Il a compulsé tous les rapports faits à l'Académie sur les épidémies de fièvre typhoïde, et il a été conduit à conclure que ces épidémies règnent surtout dans des pays dont le sol est constitué par des terrains modernes. Voici l'expression numérique de cette proportion. Eu égard à l'étendue du pays, les chances d'avoir une invasion sont : 100 dans les terrains modernes; elles ne sont que 59 dans les arrondissements mixtes et 49 dans les terrains anciens, et, eu égard à la population, si elles sont 100 dans les terrains modernes, elles ne sont que 59 dans les arrondissements mixtes et 43 dans les terrains anciens.

*Acrodynie et trichinose.* — M. Leroy de Méricourt, dans ce travail, compare l'acrodynie, telle qu'elle a été décrite par les observateurs de l'épidémie de 1828-1829, à la trichinose telle que nous la décrivent les Allemands et conclut à l'identité de ces deux maladies; il croit que cette identité est prouvée par le tableau comparatif des symptômes, du mode d'invasion, de la durée, de la marche et des terminaisons des deux maladies, et il pense qu'il y aurait lieu désormais de rechercher avec soin si la présence des trichines dans les muscles des malades ne viendrait pas confirmer ce que l'analogie des symptômes permet dès à présent de soupçonner.

*Virus et maladies virulentes.* M. Auzias-Turenne résume son travail dans les conclusions suivantes :

1° Les virus forment une famille pathogénique, et les maladies virulentes une famille pathologique naturelle ;

2° Les virus diffèrent principalement des parasites par les modifications spécifiques qu'ils impriment aux organismes ; ils diffèrent des venins principalement par leur reproduction et leur multiplication dans les organismes qu'ils attaquent. Ils diffèrent des miasmes principalement par l'immunité qu'ils confèrent aux organismes ;

3° Les virus peuvent dégénérer ou se régénérer, suivant les terrains, le mode d'ensemencement ou d'insertion, le moment de la récolte, la manière de les utiliser ou d'en subir l'action, et par d'autres circonstances moins importantes ;

4° Les virus sont transmissibles ou prolifères, les uns par contagion, les autres par contagion et infection réunies. Les virus contagieux ont une existence intra-organique plus durable que les virus infectieux ; ceux-ci ont une partie plus ou moins longue de leur existence qui se passe en dehors de l'organisme ;

5° Chaque virus a son terrain propre dans lequel il n'est cependant pas rigoureusement interné ;

6° L'action de tout virus suppose une incubation d'une durée ordinairement en rapport direct soit avec la longueur de sa vie intra-organique, soit avec son intensité. On méconnaît quelquefois cette incubation, quand elle est trop courte ou quand elle est trop longue ;

7° Les virus déterminent des symptômes locaux et des symptômes généraux ; enfin, ils créent l'immunité contre-eux-mêmes.

*Obstétrique.* — Diverses communications concernant l'obstétrique ont été faites à l'Académie.

M. Devilliers a communiqué l'observation d'un cas de dystocie, suite de vice de conformation et d'étroitesse extrême du bassin ayant nécessité l'avortement provoqué.

M. Parise (de Lille) a donné la relation d'un cas de dystocie très-remarquable : la main, introduite dans l'utérus, reconnaissait une cloison divisant la matrice en deux cavités distinctes, mais qui communiquaient en haut par une ouverture arrondie, occupée par le corps du fœtus plié en deux sur sa face ventrale ; une légère incision pratiquée sur cette cloison permit à M. Depaul, appelé en consultation, d'extraire facilement l'enfant. M. Parise pense avoir eu affaire, dans ce cas à une grossesse utéro-interstitielle et suppose que l'ovule s'est arrêté à l'extrémité de la trompe utérine et s'est développé simultanément dans la cavité utérine et dans la trompe, en pénétrant dans l'épaisseur

du tissu de l'utérus. — M. Devilliers, rapporteur du travail de M. Parise, réfute cette hypothèse se fondant sur ce qu'il n'existe dans la science aucun exemple de grossesse utéro-interstitielle ; en second lieu, sur ce que, dans tous les cas de grossesses interstitielles, tubaires, ou utéro-tubaires, qui ont été recueillis, jamais la grossesse n'arrive à son terme naturel ; enfin, sur ce que rien, dans l'histoire de cette grossesse, ne justifie ce diagnostic. — M. Depaul partage les doutes du rapporteur et pense que M. Parise a eu affaire à un enchatonnement du fœtus dû à l'inégal développement de l'utérus ; il fait remarquer que rien n'est plus fréquent qu'un développement irrégulier de la matrice pendant la grossesse ; que cette irrégularité le plus souvent n'est pas assez prononcée pour gêner l'accouchement, mais que, dans certains cas, elle peut être portée assez loin pour devenir une cause sérieuse de dystocie.

M. le docteur Batailhé cherche à démontrer, dans un intéressant travail, que la phlébite suppurative, non plus que la lymphangite, n'existent pas dans la fièvre puerpérale, et que, par conséquent, c'est à tort qu'on a dirigé contre ces affections la médication anti-phlogistique.

*Nécrologie.* — Un deuil récent vient de frapper l'Académie dans la personne d'un de ses derniers présidents. — M. le professeur Malgaigne est mort des suites de la maladie dont il avait éprouvé les premières atteintes, il y a un an, au fauteuil même de la présidence de l'Académie de médecine.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

### Compte moral administratif des Hospices civils de Lyon pendant l'exercice 1864.

Nous n'aborderons pas dans ce compte-rendu la partie financière et administrative, qui n'est pas du ressort de la critique médicale ; nous nous bornerons seulement à quelques chiffres de nature à indiquer l'importance de la gestion hospitalière.

La situation financière de nos hôpitaux, malgré la création récente de l'hôpital de la Croix-Rousse et les améliorations nombreuses réalisées dans le matériel, est des plus satisfaisantes. Ainsi, l'augmentation des dépenses pour ce dernier exercice est de 11,000 francs seulement, tandis que l'accroissement des recettes dépasse 132,000 francs. Les recettes ordinaires pour l'exercice 1863 s'étaient élevées à 2,609,327 fr.; elles sont arrivées pour 1864 à 2,741,364 fr.

La population générale des hospices donnait en 1858 1,431,993 journées de malades; elle s'est élevée en 1864 à 1,701,365 journées.

Une augmentation considérable a eu lieu dans ces dernières années dans le nombre des employés des hospices.

Ce fait est d'une grande importance, car si le zèle et le dévouement pour le service des malades sont traditionnels dans nos hôpitaux, il n'en est pas moins vrai que les soins seront plus opportuns et plus efficaces s'il n'y a pas excès de travail pour les servants.

Le prix de la journée de malade a été le suivant pour les divers hôpitaux :

|                              |           |
|------------------------------|-----------|
| Hôtel-Dieu.....              | 1 f. 5260 |
| Hôpital de la Croix-Rousse.. | 2 0834    |
| Hospice de la Charité.....   | 1 4676    |
| Hospice du Perron.....       | 1 5234    |
| Hospice de l'Antiquaille.... | 1 1824    |

Le prix élevé de la journée pour l'hôpital de la Croix-Rousse tient aux trois causes suivantes signalées par la commission administrative :

1<sup>o</sup> Infériorité de la population, d'où il résulte que les frais généraux se répartissent sur un nombre de journées beaucoup moins élevé.

2<sup>o</sup> Excédant de dépenses pour les appareils perfectionnés de chauffage et de ventilation.

3<sup>o</sup> Excédant de dépenses pour la pharmacie. Le grand nombre de maladies chroniques traitées dans cet hospice exige un régime réparateur exceptionnel, des vins de pharmacie, etc., qui augmentent le chiffre de la dépense.

## MOUVEMENT ET STATISTIQUE DES HOPITAUX.

**Hôtel-Dieu.** — Le nombre des malades traités à l'Hôtel-Dieu dans l'année 1864 s'élève à 11,973.

Le chiffre total des décès s'est élevé à 1,520, soit de 1 sur 7,87.

Le chiffre des accouchements s'élève à 560. Les décès sont au nombre de 6, soit 1 sur 93,33. Nous reviendrons, à propos de l'hospice de la Charité, sur ce chiffre remarquable.

Quant à la statistique générale, elle est malheureusement très-incomplète et se borne à quelques indications sur les causes de mort dans les services de médecine, et à des indications plus vagues encore pour les services de chirurgie.

La statistique des hôpitaux bien faite pourrait éclairer nombre de points importants, et il est fâcheux qu'un travail d'ensemble n'ait pas encore été commencé à ce point de vue. M. le docteur Vernay, dans une des dernières réunions de la Société de médecine, a appelé vivement l'attention de ses collègues sur la possibilité de faire des tentatives dans ce sens. Nous serions heureux de voir ce résultat obtenu. L'administration de nos hôpitaux s'empresse de demander à ses médecins et à ses chirurgiens les documents dont il s'agit; malheureusement, comme aucune idée d'ensemble n'a été formulée, la plupart des chefs de service n'ont pas répondu à cet appel. Peut-être serait-il opportun de dresser une feuille spéciale que le chef de service aurait à remplir à la sortie de chaque malade, et sur laquelle seraient indiqués le nom de la maladie, la durée du séjour, l'état du malade, la cause de la mort, etc. Avec ces documents, on pourrait tracer les grands traits de nos constitutions médicales, etc.

Parmi les observations faites par le corps médical, nous remarquons une demande d'isolement pour les varioleux. L'administration des hôpitaux invoque contre cette mesure de grandes difficultés pratiques.

Le nombre des varioleux est minime; « il faudrait affecter

exclusivement à cette catégorie de malades un quartier qui resterait inoccupé pendant les trois quarts de l'année et livré pendant quelques mois peut-être à un nombre insignifiant de malades. »

Sans créer un quartier spécial, peut-être serait-il possible d'approprier une petite salle isolée pour remplir le but et recevoir les varioleux qui arrivent du dehors. Sur les 29 varioleux morts cette année à l'Hôtel-Dieu, quelle est la proportion de ceux qui ont contracté leur affection dans l'hôpital même? Nous l'ignorons; mais le plus grand nombre peut-être appartient à cette catégorie. Que faire, en attendant qu'il soit créé une salle spéciale, si elle est jugée nécessaire?

Il faut, sans distinction, soumettre à la revaccination tous ceux qui se présentent à l'Hôtel-Dieu. En songeant aux nombreux exemples de revaccination pratiquée avec succès, on ne peut que souhaiter la réalisation de cette mesure. Dans une épidémie de variole qui menaçait de s'éterniser dans le service des enfants, à l'Antiquaille, où l'on ne reçoit cependant que des enfants vaccinés, nous n'avons pu arrêter le mal que par la vaccination pratiquée comme moyen prophylactique.

**Hospice de la Charité. — Service des enfants. —** Les affections dominantes ont été la variole et la rougeole. Sur 71 varioles, 63 guérisons, 8 morts. Les cas de mort appartiennent à des enfants atteints de variole confluente et qui n'avaient pas été vaccinés. — M. Socquet attribue le résultat, relativement heureux qu'il a obtenu dans le traitement de cette maladie, à l'emploi du sulfite de soude administré à la dose de 6 à 8 grammes. « Lorsque les enfants arrivaient au début de la variole, celle-ci, au moment si critique de la suppuration, séchait presque toujours assez rapidement; la suppuration était abrégée et la guérison très-prompte. Nous avons aussi employé simultanément la limonade sulfurique. »

**Service des accouchements. —** L'année 1864 a été une des années les plus meurtrières que M. Berne ait vues à la Charité. La fièvre puerpérale a fait de nombreuses victimes,

et s'appuyant sur ses observations, M. Berne déclare que l'encombrement des malades est la principale cause du développement de ces épidémies. Le seul moyen prophylactique est la dispersion des malades dans un espace plus grand. Dès qu'on voit augmenter le nombre des suites de couches compliquées, il faut déplacer les malades et les changer de local.

Le nombre des accouchements s'est élevé à 1,123. Les suites de couches ont été compliquées 288 fois.

Les morts s'élèvent à 52.

39 cas de dystocie ont nécessité l'emploi du forceps dans 24 cas; de la version, dans 12; de la céphalotripsie, dans 3.

Ainsi, pendant qu'à l'Hôtel-Dieu, le chiffre de la mortalité pour les accouchées n'est que de 1 sur 93 pour celui de cette année, et de 1 sur 103 pour la moyenne des dix dernières années, celui de la Charité s'élève à 1 sur 22,40 pour 1864, et pour 1863, à 1 sur 43.

Et cependant, ajoute le rapporteur de la commission administrative, il n'y a pas à l'Hôtel-Dieu de salle de rechange; le blanchiment des murs s'opère plus rarement, la literie est moins fréquemment renouvelée, l'agglomération des malades est aussi grande.

Et cependant jamais, à aucune époque, on n'a observé d'épidémie dans ce service.

Le rapporteur croit que deux causes principales expliquent ce résultat :

1<sup>o</sup> La situation de la Maternité sur le quai du Rhône, au point le plus élevé de ce quai, incessamment ventilé par le puissant courant d'air naturel qu'entretient le large lit du fleuve.

2<sup>o</sup> La catégorie bien tranchée des femmes qui viennent faire leurs couches à l'Hôtel-Dieu (on ne reçoit que des femmes mariées, domiciliées à Lyon).

L'administration, frappée des observations de M. Berne, va, d'ailleurs, se mettre résolument à l'œuvre pour diminuer la mortalité de l'hospice de la Charité, et ne reculera devant aucune dépense pour mettre cet hôpital dans les meilleures conditions.



**Hospice de l'Antiquaille.** — Le nombre total des malades traités à l'hospice de l'Antiquaille a été de 4,111.

Aliénés, 1,168.

Vénériens, dartreux, teigneux, 2,839.

Epileptiques, 39.

Vieillards et incurables, 90.

Pour les aliénés, l'insuffisance et la mauvaise disposition des locaux, l'encombrement, etc., ont été depuis longtemps signalés par M. Arthaud. Aujourd'hui une mesure radicale a été prise, et un nouvel hospice sera créé, affecté à cette catégorie de malades.

M. Arthaud a donné le résultat obtenu par le placement de quelques aliénés dans leurs familles, convenablement assistées. L'expérience a porté sur 17 aliénés des deux sexes. Aucun incident fâcheux n'est venu déconcerter les expériences fondées sur de premiers essais. M. Arthaud conclut en demandant :

« Qu'on rende de plus en plus facile l'accès des asiles à tout aliéné, dangereux encore, susceptible de guérison.

« Qu'on maintienne dans ces établissements tous les incurables reconnus dangereux pour la sécurité publique.

« Qu'on y réserve un nombre suffisant de places aux incurables inoffensifs, sans famille, ou qui ne pourraient sans inconvénient y être réintégrés.

« Qu'on rende tous les autres à leurs familles aidées d'un secours en rapport avec les charges qui en résultent pour elles.

« Telle est, à notre avis, la voie la plus sûre et la plus pratique dans laquelle puisse se développer l'assistance publique appliquée aux indigents.

« En suivant, sans s'en écarter sur aucun point, les errements actuels, on ne ferait qu'ajourner une solution devenue inévitable et accroître, sans compensation, les difficultés déjà si grandes relatives à la bonne constitution des asiles actuels, ou à créer dans l'avenir.

« En allant au-delà de ce que nous proposons, on risquerait de s'engager dans une route pleine de périls. »

*Service des maladies spéciales.* — La translation du service des femmes dans le bâtiment des Châteaux a permis

d'admettre un plus grand nombre de malades, de les placer dans des conditions hygiéniques plus favorables, et de séparer complètement les femmes de la ville des filles perdues.

Beaucoup de malheureuses filles infectées par la syphilis n'osaient se faire recevoir à l'Antiquaille, en raison des nombreuses démarches administratives auxquelles elles étaient obligées; l'administration a remédié à ce fâcheux état de choses, et les admissions se font aujourd'hui directement. Des instructions ont été données pour « qu'on reçoive immédiatement à l'Antiquaille toute femme vénérienne libre, non payante, dont la maladie sera constatée, sauf à faire statuer ensuite sur les frais de traitement, les vénériennes indigentes qui ont leur domicile de secours à Lyon étant seules soignées gratuitement dans l'hospice. »

C'est là une mesure administrative à laquelle nous applaudissons de tout cœur, et nous formulerons le vœu que la réforme puisse s'accomplir en entier. L'entrée dans le service des hommes vénériens est soumise aux mêmes formalités que celles qui viennent d'être rayées pour les femmes. Espérons que l'entrée directe sera décrétée pour les hommes vénériens, et si les exigences des règlements empêchent la réalisation de ce vœu en son entier, que l'entrée gratuite soit accordée aux malheureux dont la maladie exige des soins immédiats que ne peuvent remplacer, pour les affections graves, les secours et les consultations donnés à la visite gratuite.

Dans la division des hommes vénériens et dartreux, nous trouvons les résultats de l'expérimentation du nouveau traitement de la galie par l'huile de pétrole. 400 malades environ ont été traités par ce moyen. Les résultats ont varié suivant le *modus faciendi*. Ainsi, la simple lotion recommandée par M. Decaisne a été reconnue insuffisante, elle ne détruit pas immédiatement l'acarus et ne remédie pas à la contagion. Il faut de toute nécessité, pour tuer l'acare, faire une friction préalable qui déchire les sillons et mette le médicament en contact plus immédiat avec le parasite. Ainsi appliquée, l'huile de pétrole est un bon moyen, à prix des plus modiques, et qui offre cet avantage de pouvoir être

employé facilement par le malade dans l'intervalle qui sépare les consultations.

Tels sont les principaux faits exposés dans ce compte-rendu. L'administration, par cette publication annuelle, fait connaître sa gestion morale et matérielle; elle ouvre à tous son grand-livre, et en lisant ces pages, on s'aperçoit bien vite combien de dévouement, de zèle et d'intérêt pour les pauvres sont nécessaires pour remplir les fonctions d'administrateur de nos hospices, combien est légitime la reconnaissance du public pour les hommes qui s'acquittent de cette délicate et difficile mission. Marcher toujours dans la voie du progrès, sans rien sacrifier du bien des pauvres en expériences aventurées, telle est la devise de notre administration hospitalière.

D<sup>r</sup> GAILLETON.

## VARIÉTÉS.

### CAUSERIES DU MOIS.

*Choléra! choléra! — Contagionistes et anti-contagionistes. — Une Babel thérapeutique. — Prévoyance imprévoyante de feu M. Bréant. — Le DELTA du Gange nid à procès autant que foyer d'épidémie. — Les bougies du docteur Guillon. — L'esprit de M. G. de Servière et l'esprit de Camphre nocturne avec accompagnement. — Les va-nu-tête. — Le périoste au Congrès de Bordeaux. — Une embrocation peu lénitive. — Les pédants. — Malgaigne et un pédant : épisode de concours. — « L'opinion Malgaigne. » — M. Velpeau SEMPER idem.*

Encore le choléra! toujours le choléra! Le choléra est à l'ordre du jour de tous les journaux et politiques et scientifiques, et satiriques et drôlatiques. Il va devenir question internationale, avec la conférence sanitaire si justement

provoquée par l'initiative de notre gouvernement, à l'effet d'arrêter, s'il est possible, le fléau à ses premières étapes orientales. Et puis, contagionistes et anti-contagionistes de fourbir leurs armes. Ceux-ci, disons-le, sentent que le terrain, sous eux, n'est pas des plus solides et, quittant cet air de crânerie qui les distinguait, se mettent en soupirant à délier leurs faisceaux d'arguments depuis longtemps au grenier, surpris et déconcertés de voir encore une fois en litige cette question qu'ils pensaient enterrée à tout jamais.

... Et par-dessus tout, remèdes de pleuvoir, plus drus, plus incohérents, plus hétéroclites, plus contradictoires que les menus-propos des constructeurs de la tour de Babel. Du chaud ! crie l'un... Non, du froid, riposte l'autre. — En avant les acides ! ils ne manquent pas leur coup, atteste celui-ci... — A la rescousse les alcalis ! ils ne m'ont jamais failli, proclame celui-là. Et spécifiques, antidotes, arcanes, mixtures de toute espèce de se ruer sur les malheureuses académies, de prendre à la gorge leurs infortunés secrétaires perpétuels, de monter à l'assaut du compte-rendu !... Je guéris. — Tu guéris. — Il guérit ! — Et dire qu'il n'y a que cent mille francs à donner à la plus infailible de ces panacées !

Imprévoyant M. Bréant ! — Ce n'est pas seulement cent mille francs, ni un million, ni cent millions qu'il fallait léguer à l'Institut pour rémunérer le dompteur du choléra, ni même tous les trésors du Potosi et de la Californie. A peine de mettre dans l'embarras, — que dis-je ! de livrer peut-être aux angoisses d'un scandaleux procès, — cette respectable Académie des sciences, votre exécutrice testamentaire, vous eussiez dû lui ouvrir un crédit illimité à l'effet de payer d'abord l'expérience du remède. Or, le remède extincteur du choléra, le seul et vrai remède, de l'aveu de l'immense majorité des médecins, c'est le dessèchement du Delta du Gange, foyer des miasmes *indoloiotiques* (comme dirait M. Piorry). Celui qui le premier a eu cette idée a très-manifestement droit à vos cent mille francs. S'il vient demander à donner ses preuves, comment voulez-vous qu'il s'en tire et que s'en tire l'Académie ? Je vous le répète : il pourrait y avoir là matière à procès ! Au reste,

je compte approfondir la chose et prierai M. le docteur Guillon d'éclairer pour moi ce point obscur à l'aide d'une de ces fameuses bougies à la lueur desquelles frémissent, dit-on, de se voir divulgués les mystères de la rue des Saints-Pères.

Un de nos spirituels confrères de la presse médicale parisienne, M. Genest de Servièrre, de la *Gazette* de M. Dechambre, passait l'autre jour en revue, dans un feuilleton dont la verve et le *détaché* eussent fait honneur aux meilleurs numéros du *Figaro*, les plus excentriques d'entre les médications surgies ces jours-ci à propos du choléra. Laissez-moi vous dire, — de mémoire, hélas ! — la meilleure de ses observations.

Un docteur de Paris rencontre au milieu de la nuit une escouade de ces ouvriers nocturnes qui font de la propreté par des procédés à l'instar de ceux d'un républicain célèbre par sa spécialité de faire de l'ordre avec du désordre. Or, ces fils de la nuit lui semblaient, par intervalles, se livrer à un exercice assez peu compatible avec celui de leurs fonctions sanitaires... Ils envoyaient des baisers avec la main... Où ? A qui ? Mystère de l'ombre et de l'abîme ! Enfin, notre observateur s'approche.

— Quels gestes faites-vous là ? demanda-t-il à l'un de ces Roméo odorants. — Nous nous préservons du choléra, répondit-il. — Et comment ? — Mais en avalant toutes les cinq minutes une dose d'*esprit de camphre*, selon la recommandation d'un grand médecin... On se verse ça dans le creux de la main et l'on *reliche*. Ce n'est pas malin et c'est infail-  
liblé...

— Peut-être, murmura tout bas en s'esquivant l'interrogateur..., peut-être, avec l'*accompagnement*... Le choléra est si bizarre !...

C'est pourtant au moment où le corps médical n'avait d'yeux et d'oreilles que pour le Congrès de Bordeaux que ce damné choléra, profitant de la circonstance, s'est glissé dans Paris par le même chemin qui donna passage aux alliés en 1814 : la vallée de la Villette et les cols de Ménilmontant. Aujourd'hui, et nonobstant cette phalange de remèdes qui tous se font forts d'en avoir raison, il s'arrange, dirait-on,

pour prendre paisiblement ses quartiers d'hiver dans la capitale, déjeuner et dîner d'une couple de centaines de Parisiens... on ne sait pas au juste. (On nous donnera peut-être l'*addition* exacte et officiellé au moment où ce fâcheux visiteur oriental se décidera à faire son paquet.)

A propos ! Si les ambassadeurs japonais, qui viennent de faire le leur, avaient pu s'entendre avec lui pour le reconduire... Ils passent justement à sa porte. Quelle magnifique occasion de rentrer chez soi on lui a laissé perdre là. Décidément ces va-nu-tête de Japonais n'entendent rien aux bons procédés ! M'est avis que MM. Desgranges, Verneuil et Broca, après s'être dûment empoignés au périoste, comme ils l'ont fait à la satisfaction générale du Congrès de la Gironde, comme ils le firent l'an passé à celui de Lyon, comme ils le feront probablement partout où les médecins s'en iront congresser ; m'est avis, dis-je, qu'ils auraient dû soulever et traiter à fond cette motion. Je m'en console un peu en songeant que dans un an, ils s'entre-périostiqueront de plus belle dans la capitale de l'Alsace. Mais je suis tout consolé à l'idée du splendide tournoi périostomachique dont Paris sera le théâtre en 1867.

Qui a recueilli le plus net bénéfice de cette mémorable journée du Congrès bordelais ? A coup sûr, c'est M. Ollier, dont la réputation d'expérimentateur habile, de physiologiste à idées, est sortie de la discussion plus brillante que jamais. Et qui a empoché les meilleurs horions ? A coup sûr, c'est M. Flourens, que M. Broca a dépouillé, c'est le cas de le dire, jusqu'au périoste inclusivement, — beaucoup trop, à mon sens.

M. Flourens n'a jamais contesté à Duhamel ni à Troja le mérite de leurs travaux, point de départ des siens et de ceux de M. Ollier. M. Flourens a, de la sorte, été sacrifié en holocauste à la gloire des morts et à celle des vivants, et je vous assure que le sacrificateur ne s'est pas donné la peine d'enguirlander la victime... Puisse-t-elle survivre longtemps à cette *embrocation* des moins émollientes et nous donner encore quelques-uns de ces exquis petits livres offrant à la fois de la science la fleur et la *moelle*, respirant une douce et consolante philosophie et revêtus d'une forme littéraire

lumineuse et charmante, qui font les délices de tout le monde, hormis, par malheur, de messieurs les pédants. Et que Dieu me garde, qu'il garde ceux que j'affectionne de l'inimitié et surtout de l'amitié de cette race fâcheuse et rageuse!

Des pédants je passe par transition de contraste à M. Malgaigne qui vient, hélas! d'achever de mourir, et qui, nourri de la plus forte sève d'érudition dont jamais peut-être médecin ait alimenté son cerveau, avait le pédantisme en horreur. La première preuve qu'il donna de cette érudition immense fut justement une lance rompue contre le pédantisme, lors du concours pour la chaire de clinique externe de la Faculté de Paris en 1834 (on concourait alors!). Les candidats en présence étaient Lisfranc et M. Velpeau.

Lisfranc, dans sa thèse, avait passé en revue les opinions des auteurs sur son sujet, — le traitement des anévrismes, — et émis quelques assertions en désaccord avec les recherches d'un savant médecin, mort depuis, et qui, très-chatouilleux en matière d'érudition, s'en serait volontiers attribué le monopole.

Aprement attaqué par un adversaire qui se croyait bardé, cuirassé et blindé à l'épreuve de toute rétorque, Lisfranc aurait eu fort à faire de soutenir la lutte, sachant du grec aussi peu que médecin de France et du latin juste assez pour réciter son *Pater* (il l'avouait sans honte). Heureusement un jeune docteur, bien peu célèbre alors comme praticien, mais déjà réputé par l'étendue et l'universalité de ses connaissances, lui offrit le secours de sa plume.

Or, cette plume acérée sut à merveille pénétrer le défaut de l'armure d'un antagoniste présomptueux et mettre à la fois les doctes et les ricurs du côté du chirurgien de la Pitié.

Cette bonne plume était celle de Malgaigne. M. Velpeau fut néanmoins élu.

C'est M. Velpeau qui, prenant la parole sur le bord d'une fosse prête à recouvrir d'un peu de terre mêlée de quelques larmes cette « intelligente machine que nous avons tous admirée », a retracé les principaux traits de la vie scientifique de Malgaigne. Cette allocution, d'un ensemble magis-

tral et d'un accent souvent pénétré, offre un passage caractéristique, celui-ci :

« Son *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale* est l'indice le plus concluant peut-être des hautes facultés de l'auteur. En effet, sans avoir jamais été anatomiste proprement dit, ne s'étant livré que très-peu aux dissections dans les amphithéâtres, il n'en a pas moins créé un livre d'un intérêt palpitant, rempli de détails, d'aperçus fins et de vues pratiques extraordinaires. »

Je ne sais si je me fais illusion ; mais pas moyen de mieux dire de quelqu'un qu'il possédait au plus haut degré le rare talent de faire... *du civet de lièvre sans lièvre*.

Malgaigne, qui était tout à la fois excellemment médecin, chirurgien, philosophe, érudit, écrivain, orateur, fut sur-tout et toujours lui-même. C'est lui qui, à la chambre des députés, — car il trouva encore du temps pour fabriquer des lois, répondait, en face de l'impatience d'une chambre très-éclairée et très-affamée réclamant : *la clôture!* de la voix irrésistible de ses quelques centaines d'estomac à l'unisson de convictions et d'appétit ; — c'est lui, dis-je, qui, à un interpellateur qui lui criait : Au fait ! de quelle opinion êtes-vous ? — répondit de sa voix stridente :

« Je suis de l'opinion Malgaigne ! »

Eh bien ! si l'ombre de M. Malgaigne rôdait par là à travers les cyprès, elle a dû faire, à ce passage du discours de M. Velpeau, cette grimace de satisfaction narquoise que chacun connaissait bien, et Malgaigne aura de grand cœur absous M. Velpeau... d'avoir une fois de plus été M. Velpeau.

Dr H. ASTIER.

---

## NOUVELLES.

---

Le *Journal de médecine* n'a pas à répondre à M. Glénard qui, dans une lettre adressée à M. Diday au sujet d'un article inséré dans la *Gazette médicale*, a jugé à propos d'écraser par contre-coup de son « dédaigneux silence » notre directeur gérant.



Mais il doit à ses lecteurs de leur déclarer que dans les questions de principe, la rédaction est une. D'ailleurs, la forme sous laquelle a paru l'article incriminé indiquait assez (et M. Diday l'a bien compris) qu'il était l'œuvre non d'un seul, mais de la rédaction.

---

— Par arrêté ministériel, en date du 7 octobre, M. Delore passe de la suppléance des chaires pour les sciences accessoires à la suppléance de la chaire d'accouchements et de clinique obstétricale.

M. Gayet est nommé à la suppléance des chaires d'anatomie et de physiologie.

---

CONCOURS DE L'INTERNAT. — Les épreuves du concours de l'internat ont commencé le lundi 23 octobre et se sont terminées le mercredi 25.

Le jury médical était composé de MM. Berne, Chappet, Chatin, Gailleton, Lacour, Ollier, Socquet.

Les questions traitées par les candidats ont été les suivantes :

PREMIER JOUR. — *Préparation anatomique.* — Dissection des muscles de la main. — Dissection des muscles du pied. — *Question orale* : Des veines jugulaires. — Physiologie du système veineux.

DEUXIÈME JOUR. — *Mémoire écrit.* — Des varices.

TROISIÈME JOUR. — *Question orale.* — Enumérer les diverses espèces d'hydropisie ascite. — A quel moment faut-il opérer la délivrance ? — Moyens d'arrêter les hémorrhagies qui surviennent après l'opération de la taille.

*Démonstration pratique.* — Appliquer la capeline de la tête.

Les candidats inscrits étaient au nombre de 36. Ont été nommés dans l'ordre suivant MM.

Sézary, Fochier, Goyard, Lachize, Lorain, Durand, Ollivier, Jeannin, Laure, Mailhac, Grabinski, Dupoux, Padzinski.

M. Sézary a reçu de M. de Pommerol, administrateur, présidant le jury médical, la trousse d'honneur (prix Bonnet).

— La place de chef de clinique médicale à l'École de médecine devant être vacante à partir du 1<sup>er</sup> novembre prochain, MM. les docteurs qui voudraient se porter candidats à cette place sont invités à se faire inscrire au secrétariat de l'École.

---

Le prochain Congrès Médical en 1866 aura lieu à Strasbourg. Un Congrès international est projeté à Paris en 1867, à l'occasion de l'Exposition universelle.

Dans le Congrès Médical qui vient de se tenir à Bordeaux, la Médecine Lyonnaise était représentée par MM. Desgranges, Diday, et plusieurs de nos Confrères qui avaient envoyé des communications.

M. Desgranges a lu un Mémoire sur l'Expectation en chirurgie, et a soutenu, contre MM. Broca et Verneuil, une brillante discussion au sujet des résections en général et des résections sous-périostées. M. Diday a traité de l'Expectation dans les maladies vénériennes.

---

Un Concours aura lieu à Alger, le lundi 18 décembre 1865, pour quatre places d'Elèves internes chirurgiens, et le lundi 21, pour cinq places d'Elèves pharmaciens. — Les conditions d'admission au Concours sont d'avoir quatre inscriptions de Faculté ou d'Ecole secondaire au moins. — Le traitement est de 1,000 francs, somme qui pourra être ultérieurement portée à 1,200 francs. — Les Elèves sont nourris les jours de garde.

---

Le mouvement de l'épidémie cholérique dans le département de la Seine donne les chiffres suivants, d'après la *Gazette hebdomadaire*. Le total des décès cholériques était, du 6 au 24 de ce mois, de 3,576.

Aujourd'hui l'épidémie est en voie de décroissance.

*Le directeur du Comité, gérant,*

**GAULETON.**

---

Lyon. — Impr. d'Aimé VINGTRINIER.

## TRAVAUX ORIGINAUX.

CARIE VERTÉBRALE MÉCONNUE PENDANT LA VIE ; RANOLLISSEMENT AIGU DE LA MOELLE SUIVI DE MORT.

Par le docteur CORNIL.

(*Observation lue à la Société des sciences médicales.*)

La nommée Tony Caroline, négresse, domestique, âgée de 47 ans, entre, le 15 octobre, au n° 11 de la salle Ste-Mathilde, dans le service de M. Hérard (hôpital Lariboisière).

Elle est à Paris depuis dix ans, dans de bonnes conditions hygiéniques. Depuis quatre mois, elle a ressenti, au niveau de la fosse sus-épineuse, une douleur qui s'irradiait selon une ligne courbe horizontale, du côté gauche seulement. Cette douleur a été traitée comme une simple névralgie par des applications de ventouses et de vésicatoires. La malade n'avait ni douleurs, ni faiblesse dans les jambes et pouvait continuer son service.

La veille de son entrée, elle alla voir son médecin, à pied, et en revint de même. A son retour, elle fut prise tout d'un coup de paralysie complète des extrémités inférieures, sans qu'elle y eût jamais ressenti auparavant de faiblesse, de fourmillements ni de douleur. M. le docteur Besnier, qui la vit au moment de cet accident, diagnostiqua une *hémorrhagie* de la moelle, en raison du début si brusque de la paraplégie ; il la fit transporter immédiatement à l'hôpital.

C'est une femme très-bien constituée, assez grosse et grande ; elle ne peut pas se tenir sur ses jambes, elle s'affaisse lorsqu'on veut la mettre debout. Cependant, lorsqu'elle est couchée, elle peut remuer un peu les extrémités inférieures ; mais elle n'a pas la force de les soulever en masse.

DÉCEMBRE 1865.

TOME IV. — 26.

Lorsqu'on soulève la jambe et qu'on l'abandonne à elle-même, elle retombe lourdement comme une masse inerte; les masses musculaires ont perdu toute contractilité volontaire; c'est une hémiplegie avec flaccidité complète. Il n'y a pas de contracture. La sensibilité tactile est un peu diminuée. Les autres modes de sensibilité, à la douleur, au froid, à la chaleur, etc., sont très-bien conservés. On peut facilement provoquer des mouvements réflexes par le chatouillement de la plante des pieds. Lorsqu'on ferme les yeux de la malade et qu'on lui dit de porter sa main sur telle partie des extrémités inférieures qu'on lui désigne, elle le fait sans hésitation et sans se tromper; elle a conservé la notion de la situation des parties paralysées.

Les extrémités supérieures sont intactes.

L'exploration des viscères, poumons, cœur, etc., ne donne aucun signe notable. Il existe de la constipation et de la rétention d'urine.

La colonne vertébrale, examinée avec soin, ne présente aucune déformation ni saillie.

Le 21 décembre, à cinq heures du soir, la malade est prise d'une dyspnée violente, avec difficulté extrême de l'inspiration, accompagnée bientôt de râles trachéaux bruyants et des signes de l'agonie par asphyxie. Elle mourut trois heures après le début de ces accidents, à cinq heures du soir.

Autopsie faite le 23 décembre, à 9 heures.

Le cœur est normal. — Les deux poumons, non adhérents aux plèvres intercostales, présentent à leur surface de nombreuses dépressions de couleur violacée assez étendues; au niveau de ces dépressions, la coupe du tissu pulmonaire montre une surface noirâtre, non crépitante; des portions de ce tissu affaissé et privé d'air (atélectasie), élastique, résistant, plongent immédiatement au fond de l'eau. L'insufflation les gonfle en leur donnant la couleur rosée normale du poumon. Il n'y a pas trace de tubercules aux sommets des poumons, pas une seule granulation tuberculeuse sur les plèvres.

Les replis arythéno-épiglottiques sont œdématisés et forment deux bourrelets mollasses infiltrés de sérosité trans-

parente, sans aucun mélange avec du pus. Le tissu conjonctif rétro-trachéal et rétro-pharyngien est sans altération. La trachée et les bronches sont congestionnées et contiennent du mucus spumeux.

En enlevant le grand surtout ligamenteux commun antérieur qui couvre les corps vertébraux en avant, on fait sortir, *au niveau de la première vertèbre dorsale, une grande quantité de pus.*

Le cerveau ne présente rien d'anormal. La *cavité rachidienne* est ouverte; la dure-mère est adhérente, au niveau de la première vertèbre dorsale, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, à une *tumeur* qui fait saillie dans la cavité du rachis. Il se trouve là, entre les corps vertébraux et la dure-mère, une collection de pus crémeux. Cette collection purulente communiquait avec celle que nous venions d'ouvrir au-devant des vertèbres. Le corps de la première vertèbre dorsale était divisé transversalement en deux parties. La solution de continuité était anfractueuse et présentait des trabécules assez épais, blancs et durs. Sur une section de cette vertèbre, on voyait les alvéoles agrandis et remplis par un liquide épais, blanc et puriforme.

Les corps de la deuxième et de la troisième vertèbre dorsale sont aussi altérés; ils présentent sur des coupes les cavités osseuses dilatées, remplies d'une moelle rouge et friable, et contenant çà et là, dans leur intérieur, des gouttelettes d'un liquide jaunâtre, opaque, ressemblant au pus.

*L'examen microscopique* du liquide puriforme situé au-dessous du périoste des vertèbres montre comme éléments : 1° Des noyaux arrondis et des petites cellules sphériques; les noyaux contiennent un ou plusieurs nucléoles. Ces éléments ne sont pas modifiés par l'acide acétique et sont des *médullocèles*; 2° de grandes cellules mères, à contours plus ou moins réguliers, contenant de 2 à 6 noyaux ovoïdes et nucléolés. Ces grandes cellules sont finement granuleuses et appartiennent aux plaques à noyaux multiples appelés *myéloplaxes*. Il existe, en outre, des éléments fusiformes contenant un gros noyau ovoïde. Ces éléments étaient libres

au milieu d'un tissu formé de faisceaux de fibres lamineuses et élastiques.

Dans les aréoles du tissu spongieux, le liquide puriforme présentait seulement des médullocèles (noyaux et petites cellules) au milieu d'un tissu fibrillaire contenant des corpuscules de tissu conjonctif. Là où le liquide était plus opaque et jaunâtre, ces éléments étaient en transformation granuleuse.

La moelle était ramollie au niveau des premières vertèbres dorsales et dans toute la région cervicale. La substance blanche faisait hernie après l'incision de la pie-mère. A un premier examen microscopique de cette substance médullaire diffuente, nous avons vu les tubes nerveux et les cellules sans aucune altération appréciable ; il n'y avait pas de corps granuleux ni de dégénération athéromateuse des vaisseaux. Les corpuscules amyloïdes nous ont paru en plus grande abondance qu'à l'état normal. Après avoir fait durcir la moelle, nous avons vu sur des coupes transversales que ces corps amyloïdes siégeaient surtout dans les cordons postérieurs, au-dessus et au-dessous de la lésion.

La présence de corpuscules amyloïdes en plus grande quantité qu'à l'état normal ne peut nous rendre compte des symptômes de paralysie ; car il est à peu près certain qu'ils s'étaient développés longtemps avant la paraplégie. La compression de la moelle n'avait pas produit de lésion vitale reconnaissable au microscope dans les éléments nerveux eux-mêmes, si ce n'est, et encore est-ce problématique, la rupture des tubes nerveux et leur séparation des cellules. Le ramollissement, visible à l'œil nu, de la substance blanche en dit plus sur ce point que l'examen microscopique, car les procédés mêmes de préparation causent toujours les ruptures de tubes nerveux, et il est impossible de faire la part de ce qui est artificiel ou pathologique.

Ce fait nous permet de mettre en évidence les quatre points suivants :

1<sup>o</sup> Au point de vue du diagnostic, il peut être impossible de diagnostiquer une compression brusque de la moelle due à l'irruption dans le rachis d'un abcès venu d'une carie

vertébrale. Dans notre observation, en effet, rien ne pouvait mettre sur la voie de cette maladie, en l'absence de déviation vertébrale, de saillie d'une apophyse épineuse, en l'absence d'amaigrissement et de détérioration de la constitution. Aussi le diagnostic d'hémorrhagie de la moelle, porté pendant la vie, était le seul qui rendit bien compte de l'invasion subite de la paraplégie.

2° Les caries vertébrales peuvent comprimer la moelle sans qu'il existe de saillie caractéristique d'une apophyse épineuse. Je n'ai pas besoin de faire remarquer ici la tendance presque constante des caries vertébrales à produire des paraplégies, alors que d'autres maladies de la colonne vertébrale, par exemple les courbures rachitiques, quelque prononcées qu'elles soient, n'occasionnent jamais de maladie de la moelle.

3° Les troubles de l'innervation du poumon causés par une lésion de la moelle allongée peuvent produire, avec l'asphyxie, des altérations anatomiques persistantes, l'atélectasie pulmonaire et l'œdème de la glotte observés dans ce cas. Il est probable que c'est par une paralysie analogue que sont déterminées les lésions du poumon dans la fièvre typhoïde, lésions qui consistent le plus souvent dans la congestion et l'atélectasie.

4° Il ne faudrait pas s'attendre à trouver dans l'examen microscopique du pus formé sous le périoste, et dans le tissu osseux les éléments habituels de ce liquide. Il ne renfermait pas de leucocytes dans notre cas, mais seulement les éléments de la moelle, des myéloplaxes et des myélocytes. Ces caractères du pus sous-périostique et osseux ont été vus très-souvent par notre excellent ami, M. Ranvier, dont je me plais à invoquer ici le témoignage.

---

DYSTOCIE OBSTÉTRICALE. — BASSIN VICIÉ DE SEPT CENTIMÈTRES ET DEMI AU DÉTROIT SUPÉRIEUR. — VERSION. — SUCCÈS POUR LA MÈRE ET L'ENFANT.

Par M. BERNE, chirurgien en chef de la Charité.

Il y a quelques années, M. Simpson était amené par l'observation à mettre en doute la nécessité de recourir constamment au forceps dans tous les cas de rétrécissement du bassin, et émettait en ces termes une opinion qui, depuis, a soulevé de nombreuses discussions, mais n'a pas laissé de se faire des adhérents :

« En lisant, dit-il, les observations de rétrécissement, j'ai été frappé de ce fait que, chez certaines femmes mal conformées, le travail avait été beaucoup plus facile et plus heureux, lorsque l'enfant s'était présenté par les pieds que lorsque la tête s'était offerte la première. Dans plusieurs cas même, dans lesquels la craniotomie avait été nécessaire à un premier accouchement, la présentation des pieds ou une version pelvienne permirent de terminer heureusement l'extraction de l'enfant à une nouvelle grossesse. »

Smellie rapporte cinq observations de ce genre. D'un autre côté, M<sup>me</sup> Lachapelle avait émis l'opinion suivante : « D'après mes tableaux, dit-elle, sur 15 enfants extraits par le forceps pour un rétrécissement du bassin, 7 ont vécu, 8 sont morts ; tandis que, sur 23 amenés par les pieds, 16 ont vécu. La proportion des succès est donc des deux tiers pour la version, et un peu moins de la moitié pour le forceps. »

Il semble ressortir de l'opinion de ces deux illustres accoucheurs que, dans bien des cas de rétrécissement du bassin, la version doit être préférée à l'application des fers. Jusqu'à présent cependant, telle n'a pas été la doctrine qui a prévalu en France, du moins jusqu'à ces dernières années. Si nous ouvrons, par exemple, l'avant-dernière édition du Traité d'accouchement de M. Cazeaux, nous y



voions recommandée une pratique toute différente. Le professeur de Paris conseille bien la version pour les cas où, le bassin étant bien conformé et la tête étant encore arrêtée au détroit supérieur, l'intervention de l'art est nécessaire par un accident qui menace soit la vie de la mère, soit la vie de l'enfant, comme l'hémorrhagie, l'éclampsie, la procidence du cordon. Mais dans les cas de vices de conformation, si le plus petit diamètre du bassin ne dépasse pas huit centimètres, il ne conseille pas autre chose que l'application du forceps, et en cas d'insuccès, la céphalotripsie. Toutefois, dès 1856, l'opinion de l'accoucheur français semble se modifier, et dans la dernière édition de son *Traité d'accouchements*, nous trouvons mentionnée la version comme un moyen auquel on doit recourir, même dans les cas de rétrécissement de sept centimètres, avant d'en venir à une extrémité plus douloureuse, lorsque plusieurs tentatives infructueuses faites avec le forceps n'ont amené aucun résultat favorable. « Si, dit-il, après plusieurs tentatives infructueuses faites avec le forceps sur une tête favorablement placée, on entend distinctement et régulièrement les battements du cœur, il faut, pourvu que le bassin ait au moins sept centimètres, tenter la version pelvienne avant d'en venir à la craniotomie. »

J'ai eu l'occasion d'être témoin de quelques cas heureux, pareils à ceux qui ont amené M<sup>me</sup> Lachapelle et M. Simpson à préconiser la version dans les cas de rétrécissement du bassin. J'ai vu chez des femmes, où dans des accouchements antérieurs l'application du forceps avait été suivie d'insuccès, la parturition s'opérer heureusement, alors que l'enfant se présentait par les pieds. Ces observations m'ont porté à suivre les conseils donnés par ces deux accoucheurs, et je viens présenter aujourd'hui une observation de succès qui me semble remarquable à plusieurs points de vue.

Etienne-Françoise M..., âgée de 21 ans, primipare, entre dans mon service au mois de juin 1865.

Cette malade est à terme. Les dernières règles ont eu lieu dans les derniers jours du mois d'août 1864 ; les mouvements

de l'enfant ont commencé à être ressentis à la fin du mois de janvier. La grossesse a été bonne, elle n'a présenté aucun accident qui mérite d'être noté.

La petite taille de cette malade, 1 mètre 28; la cambrure de la région lombaire, me font soupçonner un rétrécissement du bassin, rétrécissement que l'examen de la malade permet, du reste, de constater facilement. La mensuration interne, pratiquée à plusieurs reprises, fait reconnaître que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur mesure à peine sept centimètres et demi; l'excavation pelvienne aussi est manifestement plus étroite que d'habitude. Les deux épines iliaques sont très-rapprochées, la distance qui les sépare est réduite à 18 centimètres, et la pelvimétrie externe donne pour mesure du diamètre sacro-pubien, de la crête sacrée à la face antérieure de la symphyse pubienne, 13 centimètres et demi.

Le travail commence le 10 juin, à 8 heures du matin; les douleurs sont assez régulières, la dilatation s'opère cependant lentement, et ce n'est qu'au bout de vingt-deux heures qu'elle est complète. Arrivé le 11 juin, à huit heures du matin, auprès de la malade, je trouve la poche des eaux intacte et la tête à peine engagée, se présentant en première position, l'occiput en avant et à gauche. Depuis déjà deux heures, le travail n'a plus fait aucun progrès; la tête, arrêtée au détroit supérieur, ne semble avoir aucune tendance à descendre, et la malade commence à ressentir les inconvénients d'un travail trop prolongé; la face est rouge, vultueuse, la peau chaude et sèche, le pouls à 110, 115.

Autorisé par les observations de M<sup>me</sup> Lachapelle et de Simpson et par quelques faits heureux dont j'aurai plus tard à faire l'histoire, je me décide à délivrer la malade en tentant une version, et au bout de quinze ou vingt minutes, j'amenai un enfant bien développé, légèrement asphyxié, mais revenant facilement à la vie à l'aide des moyens habituellement employés en pareil cas.

L'intégrité de la poche des eaux au moment où je commençais la version a rendu, dans cette circonstance, le premier temps de l'opération assez facile. Le second temps, l'extraction, a été un peu plus pénible et a nécessité des tractions assez fortes. Le pied droit, sur lequel les efforts avaient surtout porté, m'a d'abord donné quelques inquiétudes; mais, dès le lendemain, l'état local s'était amélioré, la rougeur ecchymotique avait disparu, et quelques jours après, l'enfant se trouvait dans les meilleures conditions possibles.

L'enfant pesait trois kilogrammes et demi. Les diamètres de la tête présentaient, au moment de l'extraction ou quelques minutes après, la mensuration suivante :

- Diamètre bi-temporal, 8 centimètres 1/4.
- » bi-pariétal, 8 centimètres 1/4.
- » occipito-frontal, 9 centimètres 1/4.

Six jours après, le diamètre bi-pariétal, examiné de nouveau, offrait une augmentation d'un centimètre et était devenu égal au diamètre occipito-frontal. La compression subie par la tête au moment de l'accouchement avait certainement été la cause de cette réduction du diamètre bi-pariétal.

Les suites de couches, pour la mère, ont été aussi simples que possible, et au bout de quelques semaines, elle pouvait quitter la Charité dans un état qui ne laissait rien à désirer ; j'ai eu le plaisir de pouvoir montrer cette malade à M. Stoltz à la visite qu'il a faite dans nos salles.

Je n'ai certes pas la prétention, en présentant l'observation d'une seule malade, de vouloir juger la question si complexe de la prééminence du forceps ou de la version dans les cas de dystocie. J'ai cru devoir néanmoins publier ce résultat ; car beaucoup d'accoucheurs semblent encore regarder comme une exception des faits semblables, et il me paraît cependant que l'opinion de Simpson et de M<sup>me</sup> Lachapelle est destinée à aller en s'imposant de plus en plus. Cette opinion a, du reste, pour elle l'autorité de deux illustres accoucheurs ; des raisonnements de mécanique obstétricale, des expérimentations sérieuses peuvent encore en faire ressortir toute l'importance et toute la valeur.

---

#### DE LA DOUCHE OCULAIRE EN OPHTHALMOTHÉRAPIE.

Par le docteur LÉON RIEUX, ancien interne lauréat  
des hôpitaux de Paris.

(Suite et fin.)

---

Dans toutes les maladies aiguës de l'œil suivies d'écoulement purulent, soit simple, soit spécifique, les douches

doivent être ordonnées au premier chef. Il devient obligatoire, en effet, si l'on veut prévenir les altérations de la cornée consécutives à l'inflammation, de débarrasser souvent et complètement l'œil de la matière sécrétée. Mon excellent ami, le docteur Rollet, ex-chirurgien en chef de l'Antiquaille, a essayé dans son service notre traitement sur un malade atteint d'ophtalmie blennorrhagique grave, et il m'a certifié que ce moyen lui avait complètement réussi. A l'occasion de cette inflammation spécifique dont la terminaison a été si rapide et si heureuse, je rappellerai une observation que j'ai publiée *in extenso* dans la *Gazette médicale de Paris* (1), et que M. Chassaignac a rapportée dans son *Traité du drainage chirurgical*, tome II, page 79. Un externe de notre service, M. Desages, avait reçu directement dans l'œil un jet de pus en donnant une douche à un des enfants de l'infirmerie de l'hospice des Enfants-Trouvés. Trente-six heures après, il fut pris d'une ophtalmie purulente des plus intenses. Six et quelquefois huit douches d'eau froide furent données dans les vingt-quatre heures, suivies de l'instillation d'un faible collyre au nitrate d'argent. Le huitième jour, il entra en convalescence sans affection consécutive de la cornée.

M. Ricord attache avec raison la plus grande importance à ce que les produits de la sécrétion morbide soient continuellement entraînés dans les cas d'ophtalmies blennorrhagiques. (*Gazette des hôpitaux*, 13 mai 1846.)

Notre savant confrère et ami, M. Diday, professe, je crois, la même opinion.

Les ophtalmies des nouveau-nés nécessitent les irrigations dans tous les cas où il existe une tuméfaction œdémateuse et violacée des paupières, avec complication de sécrétion muco-purulente et de chémosis soit séreux, soit sanguin, soit phlegmoneux. Lorsque l'inflammation offre le caractère diphthéritique, il survient alors une fausse membrane qu'une douche prolongée peut seule, ainsi que je l'ai déjà noté, mettre en évidence, à cause de son degré d'adhé-

(1) *Gazette médicale de Paris*, année 1847, n° 4, septembre, page 718.

rence avec la muqueuse, lequel est souvent si prononcé que l'extraction de cet exsudat morbide est, la plupart du temps, accompagnée d'un suintement sanguin. Tout ce qui concerne la nature, les symptômes et la thérapeutique de l'ophthalmie des nouveau-nés, soit simple, soit pseudo-membraneuse, a été traité par M. Chassaignac avec un talent de description qui ne laisse rien à glaner (1). — Aussi n'ai-je pas à insister sur la nécessité de recourir à la douche oculaire dans ces phlegmasies des enfants à la mamelle. Je vais seulement mentionner ici les résultats suivants, qu'il a publiés et qui reposent sur cent-six observations d'ophthalmie purulente que j'ai recueillies dans son service.

« Des 106 enfants qui forment la base de la statistique (2), 23, dit-il, ont été emportés par des maladies complètement étrangères à l'ophthalmie (entérite, diarrhée cholériforme, affection congénitale du cœur, convulsions, etc.); 11 ont été apportés à l'infirmerie avec des cornées ramollies ou déjà perforées, en un mot avec des yeux complètement ou presque complètement perdus, et n'ont pu retirer du traitement qu'un avantage relatif; 70 ont été guéris. L'amélioration qu'ont éprouvée les petits malades, sous l'influence du traitement, s'est manifestée, pour plus de la moitié des cas, dans les deux ou trois premiers jours qui en ont suivi l'emploi. Un tiers environ des sujets n'a offert d'amélioration notable qu'au bout de 6, 8 ou 10 jours seulement. Ce n'est que par exception, et en raison de la gravité extrême de l'affection, qu'on a vu survenir au bout de 15 à 20 jours seulement, chez quelques enfants, une modification avantageuse dans leur état. »

Comme je l'ai déjà dit à l'occasion des liquides employés, M. le docteur Alois-Bednarz a mis en usage à l'hospice des ~~Enfants-Trouvés~~ de Vienne la méthode des douches oculai-

(1) *Des effets généraux du traitement de l'ophthalmie purulente pseudo-membraneuse des nouveau-nés par les douches oculaires*, Chassaignac, *Archives d'ophtalmologie*, t. III.

(2) A. Fournier, — *Mémoire cité*.

res pour le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés, et il résume comme il suit les avantages de cette méthode (1):

1° Souvent une seule douche et quelques gouttes de nitrate d'argent suffisent pour couper l'ophthalmie à son début;

2° Lorsque l'ophthalmie n'attaque d'abord qu'un seul œil, pour la plupart du temps l'autre est épargné;

3° Tous les cas qui se sont présentés à l'hôpital, pendant l'année 1848, ont été traités par cette méthode, sans tenir compte de leur durée; la guérison a été sûrement et promptement obtenue; toujours les yeux ont été préservés;

4° Cette méthode évite l'influence fâcheuse que la longue durée et l'intensité de l'ophthalmie peuvent exercer sur l'organisation si frêle des nouveau-nés.

Voici la statistique qu'a transmise M. Haller sur les résultats de cette méthode dans le traitement de l'ophthalmie des nouveau-nés à l'hôpital des Enfants-Trouvés de Vienne.

Le nombre des enfants affectés pendant l'année 1848 s'est élevé à 332; sur ce nombre, 273 ont été guéris complètement et rapidement. 23 présentaient de légères taches de la cornée au moment où ils ont été envoyés en nourrice; 1 seul a perdu un œil, mais l'organe était fondu avant que le traitement ait pu être institué; 33 sont morts des suites d'autres maladies pendant le cours de l'ophthalmie.

Le docteur Frœbelius a expérimenté la méthode à l'hospice des Enfants-Trouvés de Saint-Petersbourg et en a obtenu les meilleurs résultats. M. Bouvier, dans une discussion de l'Académie, nous a transmis l'intéressante statistique dressée par le médecin de Saint-Petersbourg. Ce document précieux montre en chiffres éloquentes toute la supériorité de la méthode hydrothérapique, aidée de l'emploi de quelques faibles collyres au nitrate d'argent (2).

Le docteur Bricheteau, ancien interne des hôpitaux de Paris, s'est servi de la médication par les douches à l'hôpital des enfants et à l'hôpital Necker, dans le service des

(1) *Annales d'oculistique*, 1851, t. XXV, p. 94, et A. Fournier, p. 26 (Mémoire cité).

(2) *Comptes-rendus de l'Académie de médecine*.

nourrices, et il avoue que depuis il a renoncé à tous les autres traitements, tels que sangsues, calomel à doses réfractées, etc. (1). 32 enfants, dont 20 avaient plus de deux ans, ont été traités par lui, 20 à l'hôpital des enfants malades, et 12 à l'hôpital Necker. 12, dit-il, ont parfaitement guéri, et il ajoute une particularité dont j'ai eu moi-même à vérifier l'exactitude : c'est que, lorsqu'il était forcé de confier la douche aux employés du service, les ophthalmies restaient stationnaires, et la guérison ne devenait rapide que lorsqu'il surveillait lui-même le traitement.

A l'hospice de la Maternité de Paris, où la nouvelle méthode est journellement employée, les résultats obtenus ont été également des plus heureux, ainsi que le prouve le compte-rendu suivant que M. Nivert, interne de M. Danyau, a publié en 1862 (2).

Dans les trois premiers mois de l'année 1862, 609 enfants sont nés à la Maternité ; sur ce nombre, 139 ont été atteints d'une inflammation de la muqueuse oculo-palpébrale. L'ophthalmie purulente a été observée dans la proportion de 1 sur 5 ; tous ont été soumis aux douches d'eau froide, et ce n'est que dans les cas graves que M. Danyau fit ajouter l'emploi d'un collyre au nitrate d'argent (20 à 30 centigrammes de nitrate pour 30 grammes d'eau). Toutes ces affections oculaires n'eurent pas la même intensité ; 39 enfants furent atteints d'ophthalmies légères ; 61 eurent des symptômes inflammatoires plus intenses, et chez 33 enfants, l'ophthalmie fut des plus graves,

Voici maintenant les résultats obtenus : 72 enfants sont partis en très-bon état, la conjonctive parfaitement saine ; 43, au moment de leur départ, étaient en bonne voie de guérison, bien qu'ils eussent encore une rougeur morbide de la surface oculo-palpébrale ; 17 ont été emportés par leur mère au milieu du traitement et les yeux en mauvais état ; 5 seulement sont morts, mais ils étaient nés avant terme ;

(1) *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 30 novembre 1862.

(2) *Bulletin général de thérapeutique médicale et chirurgicale*, novembre 1862, p. 446.

des affections gastro-intestinales et le sclérème furent la cause de leur mort.

M. le docteur Berne a bien voulu me donner communication des résultats qui ont été obtenus à l'hospice de la Charité de Lyon.

« 49 enfants environ ont déjà été soumis aux douches oculaires depuis le mois de septembre 1862 jusqu'au 1<sup>er</sup> mai 1864 ; dans toutes ces ophthalmies existait un blépharospasme très-prononcé que les douches ont rapidement affaibli et dont elles sont venues complètement à bout dans un espace de temps dont la moyenne a été de quinze à vingt-jours. Chez plusieurs de ces enfants, la maladie datait de huit ou dix mois, pendant lesquels les yeux restaient habituellement fermés. » Il m'a dit, en outre, que depuis que je lui avais fait connaître cette méthode de traitement, il avait eu l'occasion de l'utiliser avec un grand avantage dans sa clientèle privée.

Depuis cette première statistique, la douche oculaire a été établie en permanence à l'hospice de la Charité.

Je trouve dans le rapport très-favorable que M. Delors a fait sur mon travail à la Société impériale de médecine un second relevé des malades traités dans le service des petites filles de M. Berne, à la Charité ; il a été fait par M. Rouby, son interne, pendant deux mois environ. Il mérite d'être cité, car il est très-concluant :

**Sur 11 cas de conjonctivite pustuleuse :**

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | guérie après 2 douches. |
| 4 | après 3                 |
| 3 | après 4                 |
| 3 | après 5                 |

**Sur 11 cas de kératite ulcéreuse :**

|   |                         |
|---|-------------------------|
| 1 | guérie après 3 douches. |
| 2 | après 4                 |
| 1 | après 5                 |
| 1 | après 8                 |
| 2 | après 12                |
| 1 | nombre indéterminé.     |



2 cas de kératite plastique et vasculaire. Dans le premier, guérison complète après 20 douches. Dans le second, une diphthérie buccale empêche le traitement d'être régulier, et la malade conserve de l'opacité des cornées.

1 cas de kératite pustuleuse avec hypopion, sort guérie après 12 douches.

Ainsi, sur 25 petites filles de 2 à 12 ans, traitées par les douches, 24 ont été complètement guéries dans le service de M. Berne. Il est juste de dire que le zèle de M. Rouby, interne du service, n'a certainement pas été étranger à ces résultats si prompts et si satisfaisants.

M. le docteur Gailleton, chirurgien en chef de l'Antiquaille, et M. le docteur Dron, chirurgien en chef désigné, m'ont déclaré qu'ils obtenaient journellement dans leur service des succès par l'hydrothérapie oculaire.

Peut-on espérer un plus grand et plus imposant témoignage de l'efficacité de la méthode que ces nombreuses statistiques recueillies par des praticiens distingués dont le nom fait autorité dans la science et qui tous, après une longue expérience personnelle, reconnaissent à la douche oculaire une puissance médicatrice incontestable !

#### MALADIES CHRONIQUES.

Dans les maladies chroniques de l'œil, la transparence de la cornée peut être troublée à des degrés bien différents ; ainsi une simple infiltration de lymphé plastique peut se faire entre les lames qui composent son tissu et produire une teinte nébuleuse soit partielle, soit générale ; c'est le premier degré auquel on donne ordinairement le nom de nuage ; cette tache opaline légère, qui se montre assez fréquemment chez les enfants nouveau-nés, est celle qui peut se résorber le plus facilement ; si elle résiste, elle peut devenir purulente et donner ainsi naissance à un abcès, ou bien se condenser en un point et passer à l'état chronique. Elle constitue alors le deuxième degré, ou l'albugo. La disparition ou même la diminution de cet épanchement est très-difficile à obtenir. Quant au leucoma qui est un véri-

table tissu de cicatrices ayant beaucoup de rapports avec le tissu inodulaire des parties molles, je le regarde comme complètement inaccessible à notre médication.

Les ophthalmologistes sont d'accord sur la résistance le plus souvent invincible qu'opposent aux médications les plus énergiques ces diverses altérations; aussi, est-ce avec une grande surprise que nous avons vu, sous l'influence de la nouvelle méthode, ces désordres anatomiques disparaître en totalité dans quelques cas et s'améliorer d'une manière sensible dans d'autres. J'ai relaté dans l'*Union médicale* (1) douze observations d'enfants entrés à l'hospice des Enfants-Trouvés de Paris avec des taches plus ou moins avancées sur la cornée. Chez ces jeunes malades, l'efficacité thérapeutique des douches souvent répétées a été telle que plusieurs d'entre eux, qui étaient voués à une cécité complète, ont pu, après un certain laps de temps, se conduire seuls et même distinguer les corps étrangers qui les entouraient.

Voici, du reste, l'explication que l'on peut donner de ces heureuses modifications. Lorsque l'opacité date de quelques jours, elle reçoit toujours ou de la sclérotique, ou de la muqueuse palpébrale, de petits vaisseaux apparents qui viennent la nourrir et la perpétuer. Quelquefois cette vascularisation pathologique est tellement prononcée que Sanson avait songé à la cautérisation annulaire péricornéale. Scarpa même avant lui avait préconisé ce moyen qui, nous n'en doutons pas, peut, bien rarement, mais quelquefois, trouver son utilité. Il dit dans un passage de son *Traité des maladies des yeux*, page 272 :

« L'indication curative consiste à faire resserrer les vaisseaux variqueux de la conjonctive jusqu'à leur faire reprendre leur capacité naturelle; si l'on ne réussit pas, il faut détruire la communication des troncs les plus relevés de la conjonctive avec leurs petites racines qui viennent de la surface externe de la cornée dans le lieu où est le nuage, etc.»

(1) *De l'efficacité des douches oculaires dans le traitement des altérations de la cornée*, par M. Léon Rieux, interne des hôpitaux de Paris, etc. — *Union médicale*, 1847, n° 137, 138, 139, 140.

C'est donc à la destruction des causes d'entretien, c'est-à-dire des vaisseaux sanguins, qu'il faut s'attacher pour avoir des chances de guérison. Or, quel moyen plus puissant que la douche qui, par des réactions successives, détruit les vaisseaux pathologiques en rétablissant la circulation normale et en facilitant ainsi la résorption des épanchements interlamellaires.

L'observation que je vais citer à l'appui a trait à une opacité des deux cornées tellement avancée que l'enfant qui en était atteint depuis trois mois était considéré comme incurable. Sous l'influence des irrigations froides continuées pendant quatre mois, le jeune malade a été rendu à une vie nouvelle en recouvrant une vue suffisante pour se conduire, marcher seul, distinguer les objets environnants et jouer avec ses camarades. Quoique ce fait, que j'ai recueilli dans le service de M. Chassaignac, ait été, dans le temps, cité dans l'*Union médicale* et n'offre, dès lors, qu'un intérêt rétrospectif, je demande cependant la permission de le reproduire, parce que l'intéressant malade qui présentait ces altérations si graves des cornées a été visité à l'époque par plusieurs médecins étrangers célèbres, au nombre desquels se trouvaient MM. Gruby, Schulz et Danielsen, et par d'autres praticiens distingués de Paris, entre autres MM. Laborie, Debout, Chaillou, Richard et Thibaut, qui sont venus plusieurs fois constater nos succès à l'hôpital des Enfants-Trouvés.

**OBS. X. — Ophthalmie purulente double très-grave. — Staphylômes opaques consécutifs. — Traitement par les douches oculaires. — Guérison de l'ophthalmie et amélioration des staphylômes.**

Au n° 8 est le nommé A... (Louis-Isidore), âgé de trois ans, couché dans la salle dite des ophthalmies, depuis le 30 mars. Il y est entré lorsque M. Auvity faisait encore le service; de telle sorte que nous sommes obligés, pour ce qui a trait aux antécédents, de faire appel à nos souvenirs jus-

qu'au moment où M. Chassaignac a été nommé chirurgien à l'hôpital des Enfants-Trouvés.

*Commémoratifs.* — Ce petit garçon était affecté d'une ophthalmie purulente très-intense. Il avait les cornées encore intactes ; mais bientôt à la suite de la violence de l'inflammation, augmentée inévitablement par les cautérisations, il s'est formé un abcès sur la cornée droite ; quelques jours après a paru un autre épanchement purulent sur la cornée gauche ; puis les hypopyons ont été remplacés par des ulcérations plus considérables ; enfin les cornées se sont ramollies, et il s'est formé sur chacune d'elles un staphylôme dont l'opacité a fini par envahir tout le champ de la pupille. Le traitement a consisté dans des cautérisations tantôt avec le crayon de nitrate d'argent, tantôt avec la solution concentrée, et dans des purgatifs salins et drastiques.

Etat du malade le 25 juin, lors de l'arrivée de M. Chassaignac. Enfant chétif, d'une constitution détériorée ; la figure porte l'empreinte de longues souffrances ; les bras et les jambes sont d'une maigreur extrême ; la tête est volumineuse, le front haut, les cheveux châtain ; grimaces involontaires et continuelles. Les yeux sont encore très-malades et offrent les symptômes suivants : les cils sont longs, irréguliers, divisés en plusieurs pinceaux triangulaires, les uns tournés en dehors, les autres convergents en dedans et en contact immédiat avec la muqueuse oculo-palpébrale ; leurs interstices renferment des matières épaisses et agglutinantes ; aussi faut-il une grande quantité d'eau pour venir à bout de les désagréger. Quand on y est parvenu, si on entr'ouvre les paupières qui sont légèrement tuméfiées, on voit au premier aspect des lésions de texture d'une haute gravité ; les deux cornées sont entièrement opaques ; il est impossible de distinguer les pupilles ; le centre des cornées proémine sous la forme des staphylômes opaques recouverts de lacis veineux. Toute la sclérotique est injectée, parsemée qu'elle est de nombreux vaisseaux depuis longtemps variqueux. Les muqueuses palpébrales sont boursoufflées, rouges, et présentent des granulations charnues anciennes ;

il existe, en outre, une sécrétion purulente depuis l'entrée de l'enfant ; très-abondante dans le début, elle est maintenant moindre, mais beaucoup plus visqueuse. Photophobie peu douloureuse.

*Traitement.* — Trois douches par jour ; instillation (le matin seulement) de quelques gouttes d'un collyre au nitrate d'argent (0,30) ; onctions sur les bords palpébraux avec la pommade au précipité rouge ; huile de ricin, 30 grammes.

26. — Les cils sont tellement collés qu'il est nécessaire de les peigner, pour ainsi dire. L'enfant crie beaucoup pendant la manœuvre opératoire. Quatre selles liquides pendant la nuit.

*Traitement.* — Trois douches ; même collyre ; même pommade.

27. — Les paupières fonctionnent plus librement ; l'état des cils est meilleur ; on parvient à les nettoyer avec plus de facilité ; la photophobie a cessé. — Même traitement.

28. — L'infection générale semble moins prononcée ; les sclérotiques reprennent une teinte plus blanche. Les granulations sont toujours proéminentes et agissent comme des corps étrangers. On les touche avec le sulfate de cuivre.

29. — Les yeux vont bien ; la figure, plusieurs fois par jour débarrassée des matières purulentes, est plus fraîche. L'enfant se porte mieux. Les staphylômes sont dans le même état. Vision nulle.

*Traitement.* — Trois douches. Collyre au nitrate d'argent. Sulfate de cuivre sur les granulations ; huile de ricin ; pommade au précipité rouge.

15 juillet. — Les granulations, qui n'ont été cautérisées que six fois, ne sont presque plus apparentes ; la sclérotique est saine des deux côtés ; les staphylômes ont diminué de volume depuis la disparition des vaisseaux variqueux ; ils sont plus sphéroïdes, et par suite laissent à leur pourtour une zone bleuâtre qui n'existait pas et qui permet d'entrevoir l'iris ; fonctions visuelles toujours abolies ; plus de purulence ; les cils ont repris leur souplesse normale.

*Traitement.* — Trois douches. Collyre et pommade.

20. — L'amélioration est sensible. Les sclérotiques ne sont plus injectées; les opacités sont moins colorées et se circonscrivent davantage. Sur chaque œil on aperçoit, à travers la surface de la cornée qui a été dégarnie des staphylômes, les pupilles qui sont atrésiées. Encore un retrait, une réduction d'un millimètre des staphylômes, et la vision pourra s'effectuer.

*Traitement.* — Deux douches. Collyre belladonné.

Du 30 juillet au 15 août commence le rétablissement des fonctions visuelles. Depuis ce moment, l'enfant a complètement changé de caractère. Il n'est plus criard et morose; au contraire, il cherche à se promener et à courir après ses camarades. Il y parvient encore difficilement et se heurte souvent contre les lits. Il mange de grand appétit.

*Traitement.* — Deux douches. — Collyre belladonné.

20 septembre. — Placé dans de mauvaises conditions hygiéniques (il couchait alors près d'une porte qui communiquait avec les lieux d'aisances), le petit Louis est atteint, comme plusieurs de ses voisins, d'une stomatite assez inquiétante, qui cependant a fini par céder à l'emploi de purgatifs salins et de gargarismes astringents.

Aujourd'hui 15 octobre, il est dans l'état suivant : Les yeux sont grands, bien ouverts; les cils réguliers et d'une beauté remarquable.

*Œil droit.* — La muqueuse palpébrale a sa coloration normale et n'est plus sillonnée de granulations. La sclérotique est d'un blanc bleuâtre; autour de la circonférence de la cornée, elle offre une zone d'un bleu plus foncé qui dénote son amincissement. L'état de la cornée a été considérablement modifié. Ainsi, dans la moitié interne, la transparence est revenue, à tel point que l'on distingue à distance l'iris qui est grisâtre. La pupille est vue dans les trois quarts, le reste étant caché par le staphylôme opaque. Elle est assez arrondie et semble influencée par la lumière solaire. Dans l'autre moitié externe de la cornée se trouve

le staphylôme, cachant une portion de la pupille ; il est ovoïde, bombé, assez proéminent. Sur sa convexité existent quelques petites dépressions pointillées, noirâtres ; le pourtour de sa surface est un tissu cicatriciel blanchâtre et très-dur. Il n'existe aucune sécrétion anormale.

*Oeil gauche.* — Il porte des cicatrices moins prononcées. Ainsi le staphylôme est plus petit, plus circonscrit, de forme circulaire ; sa couleur est d'un blanc perlé. On ne remarque à l'entour aucune vascularité pathologique, en sorte que l'iris est aperçu partout, excepté toutefois sous l'opacité bornée du staphylôme. La pupille est allongée, elliptique et tournée en dehors. L'iris a contracté, selon toute probabilité, quelques adhérences au côté interne avec le staphylôme, ce qui est la cause de la déformation de la pupille.

La vue qui était nulle jusqu'au 20 juillet environ, est maintenant passable. L'enfant peut marcher seul, se conduire, jouer avec ses camarades et se servir de tous les objets qu'on lui donne. Il y a seulement cela de particulier qu'il est obligé d'incliner un peu la tête lorsqu'il veut regarder de face. Sa figure est fraîche et rosée ; sa constitution a éprouvé l'influence la plus heureuse. Eu égard à leur régularité, les staphylômes n'ont pas un aspect trop repoussant.

Si l'on veut bien reporter ses souvenirs sur les différents détails de cette observation, on sera frappé comme nous de l'enchaînement forcé des modifications survenues. Je dis forcé, parce que ce mot comprend l'influence inévitable des affusions froides sur l'état chronique des accidents inflammatoires. Ainsi nous trouvons à examiner trois ordres de phénomènes successifs, qui sont :

1<sup>o</sup> La disparition du cortège inflammatoire ;

2<sup>o</sup> La réduction des staphylômes à leur minimum d'étendue ;

3<sup>o</sup> La dilatation normale des pupilles jusque-là atrophées. L'eau, par ses effets détersifs, réfrigérants et dynamiques, a jugulé l'inflammation suppurative. Insensiblement, les vaisseaux, qui s'étaient développés outre mesure par le

contact habituel des granulations et de la matière purulente, ont repris leur volume naturel par suite du retrait des causes productrices. A partir de ce moment, les staphylômes, qui étaient entretenus par cette vascularisation pathologique, se sont concentrés, pour ainsi dire, dans leur milieu et ont laissé résorber leur pourtour dont la densité était moindre. Alors les pupilles, dont les fonctions avaient été jusque-là suspendues, se trouvant d'une manière progressive en rapport avec des rayons de lumière, ont subi leur influence et ont exécuté la contraction et la dilatation physiologiques. C'est ainsi que l'enfant qui fait le sujet de nos réflexions a été rendu peu à peu à l'existence par le recouvrement partiel de sa faculté visuelle.

Pour apprécier à leur véritable valeur les effets de l'hydrothérapie oculaire, il est très-important de tenir compte de la puissance de la douche et de l'acuité ou de l'ancienneté de l'affection oculaire, et principalement de l'âge des sujets. L'expérience nous a appris, en effet, que dans le premier âge, on parvenait à triompher assez facilement des phlegmasies et à faire disparaître les altérations de la cornée; que de 30 à 60 ans, les ophthalmies étaient infiniment plus tenaces, et que, passé 60 ans, les douches froides non-seulement produisaient peu d'effet, ou échouaient complètement, mais occasionnaient parfois des douleurs sus-orbitaires. Dans ce dernier cas, il devient très-utile de substituer aux irrigations froides les douches hydro-minérales tièdes, généralement mieux supportées et d'autant plus actives que la persistance des accidents inflammatoires est souvent, chez les malades avancés en âge, l'expression d'une cause rhumatismale.

C'est surtout dans les cas d'opacité récente de la cornée, lorsque l'épanchement n'a pas encore été suivi de coagulation, que la réaction vasculaire produite par la douche à la surface de l'œil sera suivie de succès.

M. A. Fournier est un de ceux qui ont le mieux étudié cette influence de l'acuité ou de la chronicité des phénomènes inflammatoires en ophthalmothérapie. Après avoir expliqué, page 16 de son travail déjà cité, que, placé dans les mêmes conditions que moi, il avait été à même de con-



trôler mes expériences sur la douche, et qu'il avait acquis, sur presque tous les points, des idées conformes aux miennes, témoignage dont j'ai été très-flatté de la part d'un observateur aussi haut placé dans l'opinion médicale ; il s'exprime ainsi sur la possibilité de résorption des épanchements de date récente.

« C'est, en effet, ce qu'a constaté M. Rieux dans la série d'observations qui composent son mémoire ; mais ce qui doit assurément fixer le plus l'attention dans ce travail, c'est le grand nombre de faits qu'on y trouve consignés relativement à l'ophthalmie purulente, cette variété morbide si funeste à la cornée. Le traitement de cette terrible affection y présente un vif intérêt à raison de l'extrême gravité du pronostic ordinaire. J'ai voulu suivre à mon tour l'influence exercée par cette médication sur les altérations de la cornée, et je n'ai point tardé à reconnaître que la condition indispensable d'une rigoureuse appréciation reposait sur la division des faits pathologiques en deux classes suivant l'acuité ou la chronicité des phénomènes ; d'une part, il est incontestable que les altérations récentes de la cornée produites par une inflammation aiguë, et subsistant encore au moment où la médication hydrothérapique est mise en œuvre, subissent une amélioration des plus notables et des plus rapides sous l'influence des douches oculaires. Un grand nombre de faits relatés dans ce travail montreront des néphéliions et des albugos très-heureusement modifiés par ce traitement : les premiers disparaissant d'une façon complète, absolue, pour laisser à la cornée toute sa transparence normale ; les seconds passant à l'état de simples néphéliions, et quelquefois ne se traduisant plus sur cette membrane que par une très-légère teinte diaphane, etc. »

Le fait suivant, que je demande la permission de mentionner ici, viendra confirmer mes idées et celles de M. Fournier sur l'influence très-marquée de la *date des symptômes morbides* sur la possibilité et la rapidité de l'absorption des liquides infiltrés dans le tissu de la cornée.

OBS. XI. — *Conjonctivite chronique. — Douleur photophobique intense. — Teinte opaline de la cornée de l'œil gauche datant de 20 jours. — Traitement par la douche d'eau chaude chargée de chlorure de sodium. — Guérison en 18 jours.*

D... (Jean-Baptiste), demeurant à la Mulatière, âgé de 9 ans, cheveux châtain, chair blanche et molle, tempérament lymphatique. Il y a deux ans, sans cause appréciable, les yeux ont été fatigués et douloureux pendant une vingtaine de jours ; puis les paupières ont été, à différentes époques, collées le matin par un muco-pus épais. Une amélioration est survenue ; puis les accidents inflammatoires ont reparu de nouveau. Il a été conduit à ma consultation au mois de juin de l'année dernière, au moment où ses yeux offraient les lésions suivantes :

15 juin. — *Oeil droit.* — Cornée saine. — Légère vascularisation de la muqueuse oculo-palpébrale. — Epiphora.

*Oeil gauche.* — Boursoufflement de la paupière supérieure. Suppuration ancienne. Cils collés et réunis en pinces. La cornée est recouverte d'une teinte opaline assez marquée pour empêcher l'enfant de lire depuis vingt jours. Vers son bord externe s'élève une papule blanche, nacrée, du volume d'une grosse lentille. La conjonctive est injectée et parsemée d'une infinité de vaisseaux très-fins formant un lacs plus épais vers la papule. — Photophobie très-vive accompagnée de blépharospasme. — Depuis dix jours, les yeux étaient entièrement soustraits à l'action de la lumière solaire.

*Traitement.* — Deux douches par jour dans l'œil avec eau tiède (26° centigrades) chargée de chlorure de sodium (4 grammes pour 1,000 grammes d'eau). Un demi-litre par séance. — Tisane de houblon. — Vin de quina. — Huile de foie de morue. — Point de collyre.

La douche occasionne un peu de cuisson. L'enfant a d'abord pleuré, mais sur une promesse de friandise, il a bravement entr'ouvert ses paupières.

16 juin. — La lumière est un peu moins pénible à l'œil. Je supprime le bandeau. Même traitement.

17. — Les cils n'ont pas été collés. La nuit a été très-bonne. Le jeune D... reçoit encore la douche en pleurant, mais il avoue que l'eau ne le fait pas souffrir. Réaction assez vive.

Deux douches par jour.

18. — L'état général est bon. Cet enfant, qui était triste, a repris sa gaieté. L'appétit a doublé. La suppuration a complètement cessé. Les cils sont propres. La cornée est toujours nuageuse ; cependant l'enfant prétend pouvoir distinguer quelques lettres. On continue les douches en donnant maintenant un litre entier par séance.

19. — Le malade n'a rien accusé de particulier. L'œil n'a pas été plus impressionné, quoique la douche ait été plus abondante. La cornée s'éclaircit. L'enfant lit très-distinctement plusieurs lignes.

On a ainsi fait usage des douches jusqu'au 2 juillet. A cette époque, je constate que l'enfant peut lire plusieurs heures sans fatigue, et que la cornée a repris presque complètement sa transparence normale. Toute médication locale est alors abandonnée. Le traitement général seul est continué.

Ainsi, grâce au jeune âge du malade, à la date récente de l'épanchement et à la puissance de réaction de la douche d'eau chargée de chlorure de sodium, les craintes qu'avait fait naître l'état grave de la cornée chez cet enfant se sont promptement évanouies ; le traitement général, dont l'influence a été très-marquée sur cette constitution malade, a eu aussi une grande part de succès dans les phénomènes de résorption de l'épanchement interlamellaire.

Ce travail d'ophtalmologie prendrait trop d'extension si je voulais faire mention de toutes les observations de phlegmasies oculaires, aiguës ou chroniques, traitées et guéries par les douches, que j'ai actuellement à ma disposition ; je me suis attaché surtout à mettre en relief, dans le cours de ce mémoire, les faits nouveaux les mieux établis par la notoriété publique et les plus frappants par la rapidité

des améliorations. Je crois avoir atteint mon but et prouvé, par l'exposition de guérisons nombreuses, la supériorité de l'hydrothérapie oculaire, seule ou aidée des collyres, sur les autres modes de traitement.

#### CONCLUSIONS.

De tout ce qui précède, je crois pouvoir tirer les déductions suivantes :

1<sup>o</sup> L'emploi des douches oculo-palpébrales pour le traitement des phlegmasies aiguës et chroniques de l'œil constitue une médication facile, peu dispendieuse et exempte de tout danger. Elle mérite d'être prise en sérieuse considération par les praticiens qui, dans l'intérêt des malades, doivent chercher à la vulgariser.

2<sup>o</sup> Administrée sous forme de douche externe et de douche interne, l'eau, seule ou suivie de collyre, devient un agent médicamenteux puissant et produit sur l'œil :

A. *Des effets locaux physiologiques* caractérisés par des sensations de froid, de chaleur et de bien-être, et donnant pour résultat une réaction vasculaire immédiate et l'expulsion des éléments septiques susceptibles d'être absorbés.

B. *Des effets préventifs* qui deviennent évidents par l'étude attentive des variétés pathologiques de l'organe de la vision.

C. *Des effets généraux* sur les nouveau-nés dont la mortalité a été en décroissant dans les établissements hospitaliers où le système irrigatoire a été institué.

3<sup>o</sup> L'eau ordinaire froide convient pour les douches toutes les fois qu'elle est bien supportée; lorsque exceptionnellement, chez des vieillards ou des malades doués d'une trop grande impressionnabilité, la sensation de froid devient pénible, ou a de la tendance à provoquer des névralgies, l'expérience m'a démontré qu'il valait mieux alors recourir à l'emploi de l'eau chargée de *bicarbonate de soude* pour les cas d'ophtalmies aiguës, et chargée de *chlorure de sodium* pour les cas d'ophtalmies chroniques; mais aux liquides énoncés, on devra toujours préférer, lorsque la possibilité du choix existera, l'eau minérale naturelle, froide ou

chaude suivant la tolérance du malade ; alcaline, sulfureuse ou iodurée suivant l'indication thérapeutique tirée de la nature et de l'intensité de l'affection oculaire.

4° Les accidents inflammatoires, aigus ou chroniques, seront d'autant plus rapidement améliorés ou guéris qu'ils seront d'une date plus récente, et surtout que les sujets qui en sont atteints seront moins avancés en âge.

5° Les nombreuses statistiques de Paris, de Vienne, de St-Petersbourg, et en dernier lieu de Lyon, démontrent en chiffres éloquentes les effets remarquables et irrécusables de l'hydrothérapie oculaire.

---

## SOCIÉTÉS SAVANTES DE LYON.

---

### SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES

PRÉSIDENTE DE M. BONDET.

(Extrait des procès-verbaux de la Société.)

---

*Tumeur cérébrale. — Reproduction de l'omoplate. — Chancre de la joue. — Luxation sous-coracoïdienne. — Présentation de malades ; résection sous-périostée. — Ablation d'un polype des fosses nasales. — Tumeur abdominale du rein ; hémorrhagie ; mort. — Trois observations de syphilis. — Observation de dystocie. — Dystocie, appareil Chassagny. — Nouveau procédé de réduction du cordon. — Grossesse gémellaire avec un seul placenta ; mort d'un des fœtus au quatrième mois.*

*I. Tumeur cérébrale. — M. BONDET, interne des hôpitaux, fait la lecture d'une observation de tumeur cérébrale.*

La malade, âgée de 24 ans, n'est pas réglée depuis quatre mois. Depuis cette époque, elle éprouve une céphalalgie plus ou moins intense, qui a diminué un peu sous l'influence du sulfate de quinine. A ce symptôme est venu s'ajouter

une diplopie qui rend la marche à peu près impossible sans le secours d'un bras. L'ophthalmoscope ne fait rien constater d'anormal dans le fond de l'œil. Enfin la malade éprouve depuis quelque temps une faiblesse dans le bras droit. Ces trois symptômes permirent à M. Laroyenne de porter le diagnostic *tumeur cérébrale*. Quelques jours après, cette jeune femme mourait presque subitement après une crise accompagnée de vomissements et de contractures, et l'autopsie montrait une tumeur sphérique, de la grosseur d'une noix, de nature tuberculeuse, comme l'a constaté M. Perroud, et siégeant dans la couche optique gauche. Le poumon et les trompes présentent aussi des lésions tuberculeuses.

M. Nodet termine sa lecture en montrant que cette observation confirme l'hypothèse de M. Foville sur les fonctions des couches optiques.

*II. Reproduction de l'omoplate.* — M. VIENNOIS met sous les yeux de la Société un chien auquel M. Ollier a, le 30 juin dernier, enlevé l'omoplate par la méthode sous-périostée. On peut se convaincre que la marche est tout à fait normale et que la reproduction de l'os est aussi complète que possible.

*III. Chancre infectant de la joue.* — M. CLÉMENT, interne des hôpitaux, lit une observation de chancre infectant de la joue. L'inoculation a été causée par les baisers d'une femme; la période d'incubation a duré 25 jours; le diagnostic, difficile au début, fut facilité par les caractères de l'adénite et confirmé plus tard par l'apparition de la syphilis secondaire.

M. LAROYENNE, dans le service duquel était placé le malade, fait remarquer la rareté du siège que le chancre a occupé dans le cas présent, et ajoute quelques considérations sur le chancre facial :

Le chancre, dit-il, affecte sur la face certains sièges de prédilection. Jusqu'ici on n'en a signalé qu'un : l'orifice buccal, où l'on doit le distinguer du cancroïde si fréquent dans ce point.

Je veux appeler l'attention sur un autre siège du chancre primitif infectant. Les paupières, en effet, offrent assez souvent au clinicien cet ulcère primitif. Il faut en être prévenu pour savoir le reconnaître. La finesse du tégument de cette région et du rebord muqueux des voiles palpébraux, l'humidité de cette surface, baignée qu'elle est par la sécrétion des glandes lacrymales et ciliaires, la prédisposent à se laisser inoculer, lorsque du pus contagieux est déposé à son contact. Ces conditions de prédisposition à l'inoculation se rapprochent donc, dans cette région, de celles de la région buccale : orifice muqueux, peau fine et humectée. L'organe de l'odorat, les narines ont, au contraire, un chorien plus épais qui les rend plus inaccessibles aux contaminations syphilitiques.

J'ai eu occasion d'observer en six mois quatre chancres primitifs des paupières, et ces ulcères avaient tous été méconnus avant l'entrée des malades dans les hôpitaux : deux se trouvaient dans le service de M. Desgranges, un à la clinique chirurgicale de M. Nélaton, et un quatrième dont M. Nodet a rapporté l'observation, dans le service de M. Rollet.

Parmi les chancres céphaliques, cette fréquence du chancre palpébral mérite donc de fixer l'attention. Son diagnostic présente quelques difficultés, à cause du gonflement érysipélateux de la peau avoisinante si facile à s'œdématiser, comme on le sait, et de la participation de la muqueuse à cette inflammation de voisinage. On peut, si l'on n'y prête une suffisante attention, croire avoir à faire à une ophthalmie dont l'ulcération cutanée palpébrale ne serait que l'accessoire. Sur le bord libre des paupières, il se présente des cancroïdes dont le diagnostic peut être aussi d'un certain embarras.

Le chancre céphalique, comme tout chancre infectant, s'accompagne d'une adénite multiple, relativement indolente, et le plus souvent aussi, il existe un ganglion de beaucoup plus volumineux que les autres.

Cette adénite siège dans la région sous-maxillaire et offre, si on la compare à l'adénite inguinale accompagnant un chancre infectant des parties génitales, un volume considérable. Cette particularité, qui n'a pas été notée, que je sache, imprime à la physionomie une déformation qu'on constate à la vue avant même d'avoir exploré la région tuméfiée. Le chancre palpébral peut s'accompagner aussi d'une adénite parotidienne, mais bien moins apparente que l'adénite sous-maxillaire qui est constante. Cette déformation se retrouve sur les deux planches de l'atlas

de l'Antiquaille représentant deux malades porteurs de chancres palpébraux.

Elle est d'un puissant secours pour faire reconnaître la nature de l'ulcération céphalique dont elle est sous la dépendance. La persistance de cette tuméfaction pendant toute la durée de l'évolution de l'ulcère spécifique et sa dureté sont des caractères qui appartiennent à la syphilis et nullement à une ulcération simple, eczémateuse ou furonculaire. La marche lente, la multiplicité de l'adénite développée sous l'influence du cancroïde, jointes à d'autres caractères de l'ulcération que je n'ai pas à rappeler, feront distinguer la nature de l'affection.

M. MAYET fait observer que le volume du ganglion sous-maxillaire qui accompagne le chancre céphalique ne caractérise pas cette ulcération, et qu'il n'est pas rare de rencontrer une adénite volumineuse dans d'autres affections de la face.

M. DUPUY ne nie pas la constance ni le volume de l'adénite sous-maxillaire spécifique. Mais des lésions d'une toute autre nature, telles que le furoncle, l'eczéma, la noix dentaire, etc., peuvent produire une tuméfaction ganglionnaire identique. On voit donc qu'on ne peut pas s'en rapporter à ce signe pour apprécier la nature de la lésion originelle.

M. LAROYENNE démontre que les objections soulevées par MM. Mayet et Dupuy tendent à supprimer la valeur diagnostique de l'adénite multiple et indolente, multiplicité et indolence qu'il croyait constituer depuis longtemps un caractère classique du chancre infectant. Si celui-ci siège à la face, les caractères, selon lui, sont encore plus accusés que s'il était dans toute autre région ; et, si l'on niait la valeur diagnostique de l'adénite sous-maxillaire qui forme le cortège du chancre infectant céphalique, il faudrait à plus forte raison la considérer comme non avenue pour l'adénite inguinale ou axillaire symptomatique d'une ulcération spécifique des régions génitale ou mammaire.

M. Laroyenne n'ignore pas que des lésions diverses déterminent un engorgement ganglionnaire. Il insiste sur la ressemblance que le chancre infectant affecte avec certains furoncles privés de leur bourbillon, en voie de dessiccation : même induration annulaire, même évidemment central. Mais l'adénite constante, le plus souvent multiple, d'une dureté à la pression comparable à celle du chancre induré, indolente au moins pendant la plus



grande partie de sa durée, persistant avec le même volume, et ce volume relativement considérable dans la région sous-maxillaire, constituent pour le chancre un signe diagnostique précieux, si on oppose ces caractères précités à ceux de l'adénite furonculaire.

M. CONCHE appuie les arguments de M. Laroyenne, et, dans un cas douteux, d'après lui, la rapidité de la tuméfaction ganglionnaire séparera l'ulcère syphilitique infectant de l'ulcération du cancroïde.

*IV. Luxation sous-coracoïdienne.* — M. LAROYENNE présente un malade entré à l'hôpital pour une luxation de l'épaule, datant de trois mois et cinq jours.

C'était une luxation intra-coracoïdienne de M. Maligne et non sous-claviculaire, qu'il a réduite en combinant la méthode des tractions à celle des mouvements forcés indiqués par divers chirurgiens, et notamment par Bonnet. Pour déloger la tête de la place qu'elle occupait, M. Laroyenne a imprimé, le tronc étant fixé, des mouvements de circumduction en s'aidant, pour cette manœuvre, des lacs appliqués sur le membre et destinés à opérer l'extension. A l'aide de ces moyens préliminaires, il lui a suffi d'une traction de 100 kil. pour faire rentrer la tête dans sa position normale.

*V. Fièvre catarrhale.* — M. CHABALIER donne lecture d'un travail sur la fièvre catarrhale. Après avoir tracé les caractères d'une épidémie de cette affection qu'il a observée pendant le printemps de l'année 1863 dans le faubourg de Saint-Just, près Lyon, il ajoute quelques considérations générales sur la marche, les symptômes et la nature de la fièvre catarrhale.

M. ICARD trouve dans la description qu'a donnée M. Chabalien de grands points de ressemblance avec la grippe. Il aurait désiré voir établir par lui le diagnostic différentiel entre ces deux maladies.

M. CHABALIER promet de compléter cette partie de son travail et d'en donner lecture au début de la séance prochaine.

*VI. Présentations. — Polype des fosses nasales. — Résection sous-périostée.* — M. OLLIER a la parole pour deux présentations de malades.

Le premier malade a déjà été l'objet, il y a trois mois, d'une communication faite à la Société. A cette époque, M. Ollier lui pratiqua, par son procédé, l'extirpation d'un polype énorme des fosses nasales. La masse enlevée pesait 200 grammes. L'opération présenta des complications exceptionnelles, à cause des prolongements du polype. Après l'opération, il y eut des symptômes cérébraux et oculaires inquiétants.

Aujourd'hui, la cicatrisation est complète; le double exorbitis a disparu; le nez est solide, la portion osseuse s'est soudée, mais la cécité persiste. Trois semaines après l'opération, la vue paraissait cependant vouloir revenir. Si elle avait été recouvrée, il y aurait eu là un fait très-important au point de vue physiologique, puisqu'il aurait prouvé la possibilité de régénération des éléments des nerfs de sensibilité spéciale.

Le second malade est un jeune homme très-connu dans l'histoire des résections sous-périostées, auquel M. Ollier a enlevé, il y a trois ans, les dix-sept centimètres inférieurs du tibia gauche. Après des suites d'abord simples, arrivèrent coup sur coup cinq érysipèles, une arthrite de voisinage; le malade faillit mourir. Il sortit après trois mois, puis rentra, eut encore deux érysipèles. Il est de nouveau revenu ces temps-ci à l'hôpital, et au bout de huit jours, il avait encore un érysipèle.

La reproduction osseuse n'est pas complète; cependant M. Ollier est étonné qu'avec tous ces érysipèles, il y ait eu autant d'os reproduit. Les dix-sept centimètres enlevés sont comblés en partie. La reproduction paraît, il est vrai, grâce à l'ascension du péroné, plus considérable qu'elle ne l'est en réalité; il y a bien, néanmoins, de 8 à 11 centimètres de substance osseuse nouvelle, et cela malgré des conditions de santé déplorables.

M. Ollier insiste aussi sur la possibilité de la marche avec un appareil prothésique très-simple, un tuteur et un talon très-élevé, malgré un raccourcissement de 8 à 10 centimè-

tres. Le malade s'appuie sur la plante des pieds et marche sans douleur. Il est dans les conditions d'un réséqué du genou.

**VII. — M. SOULIER** fait la lecture d'un manuscrit de M. Cornil ; il s'agit d'une observation de paraplégie survenue subitement comme dans une hémorrhagie de la moelle, et tel avait été le diagnostic. Mais l'autopsie révéla l'existence d'une carie vertébrale avec fusée d'un liquide puriforme dans le canal rachidien. La carie n'avait produit pendant la vie nul désordre qui pût la révéler. M. Cornil insiste sur la composition de ce liquide d'aspect purulent et qui, cependant, ne contenait, comme éléments figurés, que ceux de la moelle des os.

Ce travail est renvoyé à une Commission composée de MM. Léon Tripier, Levrat et Soulier.

— M. CHASSAGNY, inscrit à l'ordre du jour, demande le renvoi de sa communication à la séance suivante.

**VIII. Tumeur du rein. — Autopsie. — M. BONDET** communique à la Société l'observation et les pièces anatomiques d'un homme mort dans son service, après huit jours de maladie. Le diagnostic avait d'abord été : *pleurésie diaphragmatique droite* ; l'avant-dernière nuit avant sa mort, le malade a une syncope, et le matin, à la visite, il présente les symptômes d'une péritonite. Survient cependant un mieux dans la journée ; mais le lendemain, il meurt subitement.

A l'autopsie, rien dans les plèvres. Le foie est remonté ; le ventre est rempli par des caillots noirs abondants ; au-dessous du foie est une tumeur de la grosseur d'une petite tête de fœtus, qui refoule le foie en haut. Cette tumeur est constituée par une poche épaisse, remplie de pus ; cette poche est le rein dilaté dont la substance glandulaire a totalement disparu ; les calices et bassinets persistent encore ; l'orifice de l'uretère est oblitéré du côté de la poche.

L'orifice de l'hémorrhagie est un des vaisseaux du sillon transverse ; M. Bondet n'a pu déterminer si c'était l'artère

hépatique ou la veine-porte, car il n'a pu retrouver l'orifice; dans tous les cas, c'était dans le voisinage du canal hépatique, puisque la vésiculaire biliaire et son conduit étaient remplis de sang.

M. GAILLETON demande quels étaient les rapports de la tumeur avec le foie.

M. BONDET dit qu'il n'y avait pas d'adhérences apparentes.

M. ICARD croit qu'il s'agit là d'un ancien kyste dont la paroi a disparu, plutôt que d'un abcès primitif.

M. BONDET objecte qu'il ne peut s'agir ici d'un kyste, puisque le tissu du rein a complètement disparu. Quatre ans auparavant, le malade avait déjà pressenti les symptômes aigus des premiers jours.

M. SOULIER croit qu'il s'agit ici d'un cas d'hydronéphrose; la disparition complète du tissu rénal est fréquente, lorsque l'hydronéphrose est considérable.

L'absence de tout signe de lésion rénale, même lorsque celle-ci est considérable, est aussi un fait fréquent dans les affections du rein, surtout lorsqu'un seul rein est pris; et souvent l'on voit même les dégénérescences de mauvaise nature de cet organe atteindre un développement très-avancé, et cependant les malades s'en ressentir très-peu.

M. LAROYENNE signale la présence d'une tumeur de la prostate au niveau du verumontanum, qui fait une saillie considérable, et la vessie fortement revenue sur elle-même; il croit que ce malade vidait incomplètement sa vessie et que, comme conséquence de ce mauvais fonctionnement des voies urinaires, une hydronéphrose s'en est suivie.

M. BONDET admet l'hydronéphrose comme possible; mais il oppose à M. Laroynne l'absence de dilatation de l'uretère, l'unilatéralité de la lésion; en outre, ce malade ne s'est jamais plaint de ne pouvoir uriner.

M. DEBAUGE fait remarquer que pour admettre un obstacle prostatique au cours de l'urèthre, il faudrait que la vessie fût dilatée et non contractée.

M. LAROTENNE n'affirme pas, mais il croit cependant que cette curieuse tumeur a joué un rôle dans l'histoire de ce malade.

*IX. Trois observations de syphilis.* — M. GAILLETON communique l'histoire de trois malades atteints de maladies syphilitiques.

**1<sup>re</sup> OBSERVATION.** — Il s'agit d'un homme de 30 ans, employé aux mines, d'une bonne santé habituelle, et qui, depuis 45 jours, présente une éruption syphilitique assez singulière. Tout le corps est couvert de tubercules dont l'aspect varie un peu, suivant la région, mais qui ont un fond commun de ressemblance. Le front, le dos, le thorax, les aisselles, le creux poplité sont le siège de ces tumeurs, dont les unes ont le volume d'un haricot, les autres celui d'une cerise; quelques-unes sont à peine élevées au-dessus de la peau; presque toutes sont recouvertes d'une légère pellicule épidermique, d'autres d'une croûte plus ou moins dense, et la plupart offrent une surface macérée, blanchâtre, à sécrétion peu abondante. Ces tumeurs ont commencé par le front et le dos, et là elles sont élevées au-dessus de la peau, molles, spongieuses, donnant la sensation d'un corps mou, élastique. Elles ont paru ensuite à la verge, sur la peau du fourreau; mais ici elles se sont élargies, font à peine saillie et ressemblent en tous points aux plaques muqueuses vulgaires. L'on trouve également des plaques muqueuses sur le gland, à l'anus, dans la bouche, dans les commissures des orteils.

M. Gailleton se demande à quelle catégorie d'éruption l'on peut rattacher ces lésions; pour lui, ce sont des tumeurs appartenant à la diathèse syphilitique, ce sont des plaques muqueuses à forme condylomateuse. Une seule lésion pourrait être confondue avec celle-ci : le tubercule syphilitique; mais ce dernier est une lésion tardive, il est ordinairement solitaire ou bien aggloméré en cercle; il s'enfonce profondément dans le tissu cutané et laisse une cicatrice indélébile; il ne s'accompagne pas ordinairement de plaques muqueuses. Aucun des caractères signalés dans cette observation ne se rapproche de ceux du tubercule sy-

philitique. M. Gailleton met sous les yeux de la Société une planche coloriée de M. Guy représentant la lésion dont était atteint le sujet de cette observation.

M. DIDAY regrette l'absence de commémoratifs. Pour lui, il ne s'agit pas d'une éruption polymorphe, mais de tubercules syphilitiques qui, dans les régions humides, ont pris l'aspect de plaques muqueuses. M. Diday, pour montrer l'influence du siège, dans certaines conditions, sur la forme des accidents syphilitiques, rappelle que M. Thiry a rayé les plaques muqueuses de la liste des manifestations spécifiques pour les attribuer exclusivement à la malpropreté.

M. GAILLETON comprend que M. Diday n'admette pas qu'il s'agisse ici de plaques muqueuses. Le dessin, quelque exact qu'il soit, paraît donner raison à son contradicteur. Mais, dit M. Gailleton, le tubercule est une production fibro-plastique profondément enchevêtrée dans la peau ; or, dans le cas actuel, ce sont des tumeurs élevées, détachées de la peau, et surtout molles ; et un certain nombre est entré en résolution, sans laisser de cicatrices. Il y a, du reste, un point non douteux, c'est qu'à la verge, ce n'étaient que des plaques muqueuses types.

M. DIDAY. — Lorsque le malade est sorti de l'hôpital, les plaques muqueuses prétendues existaient-elles encore ? Combien de temps le malade est-il resté dans le service ?

M. GAILLETON. — Le malade est resté quinze jours à l'hôpital, et les plaques muqueuses n'étaient pas encore guéries lorsqu'il l'a quitté.

M. DIDAY conclut de cette réponse que ce n'étaient pas des plaques muqueuses, car celles-ci guérissent toujours après huit jours de traitement, et certainement M. Gailleton a dû traiter son malade.

M. GAILLETON répond qu'il a justement tenu son malade en expectation.

M. DIDAY en appelle alors aux planches.

— M. GAILLETON communique sa deuxième observation.  
— Elle a rapport à un boulanger qui a eu un chancre in-

duré, il y a quatre mois, et qui a été traité méthodiquement pendant trente jours. Après ce délai de quatre mois, il vit paraître des plaques muqueuses à la bouche et aux orteils, ainsi que des croûtes dans les cheveux. En même temps, des ulcérations arrondies se formaient sur le gland, et une éruption cutanée apparaissait sur le front, aux bras, aux cuisses et sur le ventre. Cette éruption était composée de plaques discrètes, assez étendues, de la largeur d'une pièce de cinq francs, arrondies; à bord élevé, à fond rouge cuivré et à rebord un peu saillant. Une croûte un peu épaisse recouvrait les bords, et du sang suintait lorsqu'on voulait la détacher.

Cette affection ressemblait beaucoup à la lèpre syphilitique (*psoriasis annulaire*); elle avait débuté par des petits points rouges qui s'étaient successivement agrandis et qui peu à peu avaient revêtu l'aspect précédemment décrit.

Prenant en considération l'aspect arrondi, le siège insolite, le rebord élevé, les démangeaisons, M. Gailleton crut reconnaître l'herpès circiné, et l'examen microscopique confirma cette opinion.

Il y avait donc double maladie chez ce sujet, et l'observation est intéressante au point de vue du diagnostic.

Un dessin colorié de M. Guy, représentant la lésion qui vient d'être décrite, est aussi communiqué à la Société par M. Gailleton.

La troisième observation de notre collègue a pour sujet un malade de 30 ans, d'une constitution vigoureuse, qui, après un coït suspect, vit, huit jours après, se déclarer une blennorrhagie qui fut traitée par un empirique, et un chancre qui ne tarda pas à faire de rapides progrès.

Le 8 mai, paraphimosis irréductible. — Verge volumineuse œdématisée. Le gland est dur, sec, violacé. Toute la rainure du gland est occupée par un vaste chancre qui s'étend sur le gland et a creusé profondément. Pléiade ganglionnaire indolente, multiple.

Le 8 mai, incision. Mais le débridement n'arrêta pas la marche du chancre phagédinique qui s'étendit rapidement et s'accompagna de douleurs atroces.

L'administration de l'opium à la dose de 5 à 30 centi-

grammes, les pansements au laudanum pur, etc., ne firent rien, et le chancre grandissait toujours.

Le 31 mai, il avait détruit le prépuce, la moitié supérieure du gland, le filet, produit un hypospadias. — Cautérisation au fer rouge, cessation immédiate des douleurs. La même nuit, le malade a pu reposer.

Le 11 juin, quelques squames apparaissent à la région plantaire et palmaire, et trois ou quatre autres sur le tronc.

Le 26 juin, apparition de nombreux furoncles et d'une éruption syphilitique légère à la commissure des lèvres et à la lèvre inférieure; trois papules sur les cuisses. — Traitement par l'iodure de fer. — Guérison de tous ces accidents. — Sortie au mois de septembre.

Le malade rentre quelque temps après, parfaitement portant en apparence; il a engraisé; mais il se plaint de douleurs très-vives dans les cuisses, les genoux et les parois de la poitrine, surtout à droite. Ces douleurs sont nocturnes et empêchent le malade de dormir. Le point pleurodynique ne lui permet pas de respirer facilement. Les jours suivants, les accidents augmentent, et le malade en arrive à perdre complètement l'usage des membres; les deux genoux augmentent de volume et se remplissent de sérosité. Traitement: bains de vapeur, vésicatoires, poudre de Dover. Les accidents n'en augmentent pas moins. Huit jours après, le malade souffre beaucoup, et l'on donne la liqueur de Van-Swieten. Administrée depuis dix jours, celle-ci a produit d'excellents résultats.

Cette observation paraît démontrer: 1<sup>o</sup> l'efficacité du fer rouge dans le phagédénisme et son action heureuse contre la douleur;

2<sup>o</sup> La possibilité de l'apparition de la syphilis à la suite d'un chancre phagédénique, fait assez rare;

3<sup>o</sup> Elle montre qu'un chancre phagédénique des plus graves peut donner lieu à une syphilis d'abord des plus bénignes;

4<sup>o</sup> Elle prouve, enfin, qu'une syphilis des plus légères peut devenir grave très-rapidement, le malade restant cependant, en apparence, dans les mêmes conditions.



M. DIDAY dit que cette observation soulève, pour lui, plusieurs points. Il félicite M. Gailleton de savoir attendre quelquefois ; mais il croit qu'il a trop attendu pour réduire ce paraphimosis ; la réduction devait être tentée. M. Diday, dans son dernier voyage à Bordeaux, a eu l'occasion de réduire, après une minute et demie d'efforts, un paraphimosis jugé irréductible ; il aurait donc cherché à réduire, d'autant plus qu'après la réduction, l'on est parfaitement assuré de la cessation de l'étranglement. Contre le phagédénisme, l'opium ne réussit pas ; la cautérisation est nécessaire. M. Rodet a prouvé que l'opium était bon seulement contre le chancre succédant à un bubon.

Le chancre phagédénique est assez souvent suivi de syphilis ; l'induration est détruite par le phagédénisme.

Vu la bénignité des symptômes, M. Gailleton a bien agi en ajournant le mercure, d'autant plus qu'il est antiplastique. Mais M. Gailleton a eu tort d'y recourir ensuite, et malgré le succès qui a suivi la médication hydrargyrique, M. Diday ne sache pas qu'elle soit indiquée contre une pleurodynie et deux hydrarthroses.

M. GAILLETON sait parfaitement qu'avant de débrider, il faut essayer de réduire un paraphimosis ; aussi l'a-t-il essayé, et même deux fois, la seconde fois après des mouchetures ; l'inquiétude qu'il avait pour le gland de son malade l'a seule forcé d'y renoncer. M. Gailleton se justifie ensuite d'avoir employé l'opium et d'avoir d'abord réculé devant la cautérisation, parce que les surfaces à détruire étaient par trop étendues ; il a donc pensé devoir temporiser autant que possible. S'il a cru devoir recourir au traitement anti-syphilitique contre une pleurodynie et deux hydrarthroses, c'est à cause de l'état de santé parfaite avant les accidents syphilitiques, c'est à cause des douleurs nocturnes accusées dans toute l'étendue du tibia et du fémur ; l'exacerbation nocturne de la névralgie intercostale éloignait aussi l'idée que celle-ci pût être de nature rhumatismale. C'est surtout à cause de l'insuccès des anti-rhumatismaux avec lesquels le malade allait de mal en pis. Le court espace de temps qui séparait le début des accidents de pseudo-rumatisme des manifestations syphilitiques s'ajoutait enfin aux faits précédents pour que l'indication du traitement mercuriel fût justifiée, ce qu'a prouvé l'amélioration très-remarquable qui a suivi l'administration de la liqueur de Van-Swieten.

*X. Dystocie* — M. LAROYENNE a la parole pour la communication d'un cas de dystocie.

Il s'agit d'une primipare de 25 ans, du service d'accouchement à l'Hôtel-Dieu, qui était en travail depuis trois jours et demi, lorsque M. Laroyenne a été appelé, à quatre heures du soir, auprès d'elle. Point de déformation apparente du squelette, mais une cicatrice de brûlure datant de l'âge de trois ans, occupant les régions lombaires et fessières et une partie du périnée, cicatrice assez épaisse pour faire naître l'idée qu'elle a nui au développement du bassin. Col aminci, à cinq francs, dilatable, poche des eaux intacte. Présentation du sommet. La tête est très-élevée et mobile; le doigt ne l'atteint qu'au-dessus du pubis. — Douleurs très-intenses dès le commencement du travail. Le lendemain matin, rien de changé. M. Ollier s'est joint à M. Laroyenne pour faire cet accouchement. Un rétrécissement de sept centimètres et demi environ est constaté. — Rupture des membranes. La tête ne bouge pas. Une heure écoulée, application du forceps ordinaire après éthérisation, la tête résiste. L'enfant vit encore. Application du forceps Chassagny, dont l'articulation présente quelques difficultés; il glisse. — Nouvelle application du forceps ordinaire, mais avec le tracteur de M. Chassagny. — Après quelques tours de vis, les chirurgiens s'arrêtent devant l'incertitude du degré de traction. — Version; la tête reste au-dessus du détroit supérieur et ne tend nullement à s'y engager. Dans les efforts de dégagement, la mâchoire inférieure est arrachée. — Perforation de la base du crâne par la cavité buccale et application du céphalotribe; celle-ci présente de grandes difficultés, et la tête n'est saisie que par la partie qui correspond au segment postérieur du bassin. — Introduction du crochet qui va se loger dans une des cavités orbitaires, et extraction de la tête. — Pas d'hémorrhagie. — Mort deux jours après.

M. COUTAGNE demande des détails sur les circonstances qui ont fait juger par MM. Ollier et Laroyenne l'application du forceps indiqué.

M. LAROYENNE croit que le forceps était indiqué, parce que le

travail durait depuis quatre jours: parce que, depuis quatre jours, la malade ne cessait de pousser des cris, que ses douleurs étaient atroces et continuelles; parce que, enfin, même après la rupture des membranes, et au bout d'une heure, l'accouchement n'avait fait nul progrès.

M. ICARD demande le degré et le siège du rétrécissement.

M. LAROYENNE rappelle qu'il s'agissait d'un rétrécissement antéro-postérieur de sept centimètres et demi et ajoute qu'au pourtour du bassin, le doigt ne découvrait rien de particulier.

M. ICARD demande si, lorsque la version a été faite, l'enfant vivait.

M. LAROYENNE répond que la vie n'a pas été constatée d'une manière bien positive; cependant il y avait quelques battements dans le cordon.

M. ICARD demande pourquoi la décollation n'a pas été faite lorsque la tête ne venait pas.

M. LAROYENNE admet avec les accoucheurs qu'il est préférable de ne pas décoller la tête, pour conserver un guide.

M. CHABALIER insiste sur l'observation de M. Coutagne. Quelle forme avaient les douleurs? Étaient-elles intenses? Une de ses clientes a très-heureusement accouché après cinq jours de douleurs; aussi M. Chabaliér est-il d'avis d'attendre, pour ainsi dire indéfiniment.

M. LAROYENNE rappelle que les douleurs étaient énormes. Les sœurs de la salle, qui ont une grande habitude des accouchements, argument non sans importance, sinon scientifique, croyaient l'intervention nécessaire; le col était dilatable et le travail préparatoire terminé. Il n'était pas douteux que chez cette femme un obstacle matériel s'opposait à l'expulsion de l'enfant, et ce qui est arrivé a bien démontré qu'il n'y avait rien à espérer des efforts de la nature.

M. CHABALIER. — Combien de temps entre la rupture de la poche des eaux et l'application du forceps?

M. LAROYENNE. — Une heure. Évidemment nous avons assez attendu, il fallait en finir.

*XI. Absès par congestion. — Fistule œsophagienne.* — M. DRON fait la communication, avec présentation de

pièce, d'un cas de tuberculisation vertébrale, avec abcès par congestion, qui s'est compliquée d'une fistule faisant communiquer l'œsophage avec l'extérieur, au niveau de la région dorsale.

*XII. Dystocie. — Procédé de réduction du cordon. —*

M. CHASSAGNY a la parole pour la communication d'un cas de dystocie et d'un nouveau procédé de réduction du cordon procident.

M. Chassagny rappelle qu'à la séance du 18 octobre, il devait présenter à la Société un enfant venu au monde le matin même, à six heures. Le mauvais temps avait empêché les parents de l'apporter.

Cet enfant, du sexe féminin, est le troisième dont est accouchée M<sup>me</sup> M..., dont tous les accouchements ont présenté un certain degré de gravité.

Le premier eut lieu le 8 février 1862, en présence et avec le concours des docteurs Bouchacourt, Valette, Berne et Bourland. M. Bouchacourt en a publié l'observation dans le numéro du 16 avril 1862 de la *Gazette médicale de Lyon*.

Dans ce premier cas, après avoir constaté un rétrécissement de sept centimètres du diamètre sacro-pubien et une présentation transversale au-dessus du détroit supérieur, une application de forceps fut jugée indispensable ; elle fut faite par le docteur Chassagny qui appliqua son forceps et son appareil à tractions, et amena, en vingt minutes environ, après plusieurs alternatives de traction et de repos, un enfant qui put être ramené à la vie et vécut six semaines.

Un second accouchement eut lieu, l'année suivante, en présence des docteurs Bouchacourt, Delore, Gayet, Icard et Bourland. Le forceps, placé dans les mêmes conditions, lâcha prise, et il se produisit une procidence du bras qui décida M. Chassagny à pratiquer la version.

Malgré la rapidité avec laquelle fut exécutée cette manœuvre qui ne présenta de difficultés que pour l'extraction de la tête, l'enfant ne put être rappelé à la vie ; il présentait les mêmes conditions de volume et de grosseur que le premier.

Devenue enceinte une troisième fois, M<sup>me</sup> M... fut mise,

pendant les cinq derniers mois de sa grossesse, à l'usage de l'iodure de potassium, à la dose de 25 centigrammes par jour, dans le but de diminuer le volume de l'enfant. Le docteur Chassagny se proposait, en outre, de faire, à huit mois ou huit mois et demi, l'accouchement prématuré, mais une fausse indication de la malade empêcha la réalisation de ce projet.

Dans la soirée du 17 octobre, M<sup>me</sup> M..., arrivée au terme de sa grossesse, commençait à sentir les premières douleurs: Appelé le lendemain matin à 5 heures, le docteur Chassagny constate une dilatation de la grandeur d'une pièce de deux francs; la poche des eaux est saillante, et l'on sent une anse de cordon faisant saillie dans la cavité.

Justement préoccupé de cette fâcheuse complication, M. Chassagny fait donner rendez-vous à huit heures au docteur Bourland, espérant que la dilatation ne serait pas complète avant ce moment, et avoir ainsi le temps d'aviser aux moyens de conjurer ce danger.

Une heure après, il revenait auprès de la malade; le travail avait marché beaucoup plus vite qu'il ne l'avait prévu, la dilatation était complète, la poche des eaux était rompue, la tête était en position transversale, l'occiput à gauche. Fortement pressée contre l'entrée du bassin, malgré l'énergie des contractions, elle ne pouvait s'engager; une anse de cordon, passant par un espace vide ménagé vers la symphyse sacro-iliaque droite, pendait hors de la vulve; les pulsations s'y faisaient sentir; il est impossible de la maintenir réduite.

Avant d'en venir à la version, M. Chassagny se décide à tenter une application de forceps et envoie inviter le docteur Bourland à se rendre immédiatement auprès de la malade. Mais à peine était-on parti que, sous l'influence de contractions énergiques réveillées par le toucher, les pulsations cessent tout à coup, indiquant ainsi que la tête tend à s'engager, et augmentent les chances de succès du forceps dont l'application ne peut plus être différée.

M. Chassagny se décide à faire seul cette application: les branches du forceps sont appliquées sur les côtés du bassin; à leur écartement, on constate que la tête est saisie par son

diamètre occipito-frontal, mais en les serrant, elles se rapprochent brusquement, d'où l'on peut conclure que la tête s'est fléchie sur le col et que l'occiput a été attiré dans le sinus de l'instrument, ce qui est reconnu par le toucher.

Ce mouvement, qui constitue le premier temps de l'accouchement naturel, a eu le double avantage de changer les rapports de la tête avec le bassin, et au lieu du diamètre bi-pariétal qui tendait à s'engager dans le diamètre sacro-pubien, d'y substituer le diamètre bi-temporal, le seul qui put passer, sans danger pour l'enfant, dans un bassin aussi fortement rétréci, et, en même temps, il a permis le rétablissement momentané de la circulation.

Les tractions sont alors faites avec l'appareil tracteur; lentes d'abord, elles sont ensuite rapidement faites, lorsqu'elles ont un peu engagé la tête et interrompu de nouveau la circulation. A ce moment, la résistance la plus considérable était vaineue, et l'accouchement put se terminer assez promptement pour que la vie de l'enfant ne fut pas compromise.

Cet enfant, du sexe féminin, est sensiblement plus petit que les précédents; le diamètre bi-pariétal mesure 0,093 millimètres, le bi-temporal présente à gauche une dépression d'environ cinq millimètres de profondeur, produite par la pression de l'angle sacro-vertébral; mesuré au fond de cette dépression, ce diamètre a sept centimètres qui correspondent exactement à la mensuration du bassin faite au premier accouchement de M<sup>me</sup> M...

Etablissant un parallèle entre le forceps et la version dans les cas de rétrécissements du détroit supérieur, M. Chassagny s'appuie sur ces trois observations pour établir la supériorité du premier.

Il pense que le plus important dans ces applications, c'est de favoriser, comme dans l'accouchement de M<sup>me</sup> M..., la descente de l'occiput. Son forceps lui paraît devoir remplir cette indication bien mieux que les forceps ordinaires dont les cuillers, fortement recourbées à leur extrémité, saisissent la tête de manière à l'immobiliser par la pression de ces extrémités, laquelle pression, s'exerçant ou sur la partie moyenne du front, ou le plus souvent sur le rebord

de l'arcade orbitaire, empêche le mouvement de pivot sur le front, sans lequel l'occiput ne saurait s'abaisser.

Dans le forceps de M. Chassagny, la pression ne s'exerce pas par l'extrémité des cuillers ; il montre que si l'on presse un corps résistant placé dans la partie moyenne de l'instrument, il se produit un notable écartement des extrémités ; c'est ce qui explique pourquoi, après ses applications de forceps, ce sont toujours ces extrémités qui laissent les empreintes les moins prononcées.

C'est ainsi que, chez l'enfant de M<sup>me</sup> M..., on ne voyait de trace sur le front qu'au point correspondant à la partie moyenne des cuillers ; à l'occiput, au contraire, on voyait une trace très-allongée qui n'avait pas été produite par un glissement qui n'avait pas eu lieu, mais bien par la descente de cette région dans la cavité du forceps. Il y a peu de temps, MM. Chabaliér et Crolas pouvaient constater un résultat semblable après une application de forceps pratiquée dans un cas de rétrécissement du détroit supérieur.

M. Chassagny conclut qu'après une ou deux applications *bien faites* de son forceps, la version ne laisserait aucune chance d'amener l'enfant vivant ; en conséquence, il préférerait pratiquer la céphalotripsie, qui est bien moins dangereuse pour la mère. Dans bien des circonstances, il s'est très-mal trouvé d'avoir pratiqué la version.

Cependant il a pu, dans deux cas, obtenir un succès complet pour la mère et pour l'enfant ; mais dans l'un, son forceps présentait un vice de construction qui est aujourd'hui corrigé, et dans l'autre, l'application n'avait pas été faite convenablement ; il avait omis de faire repousser en arrière le ventre de la malade pour repousser au centre du détroit la tête qui était à cheval sur les pubis. .

Il n'est qu'un cas qui autoriserait M. Chassagny à pratiquer la version : ce serait celui d'un bassin oblique ovulaire dans lequel l'occiput correspondrait au côté le plus étroit.

Empêché par le temps, M. Chassagny n'avait pas pu faire exécuter pour M<sup>me</sup> M... un appareil auquel il avait pensé pour obtenir la réduction du cordon ; depuis il a mis son idée à exécution, et il la soumet à la Société.

Cet appareil se compose de trois porte-nœuds. Chacun

d'eux est formé par une tige ronde ou plate percée à l'une de ses extrémités, d'un trou d'environ 5 millimètres, et terminée par une fourche du côté opposé ; à chacune de ces tiges correspond un cordon de soie d'une longueur fixée d'avance, et terminé à chacune de ses extrémités par une ganse ; il est coupé dans sa continuité et près de l'une de ses extrémités par un anneau de caoutchouc qui donne juste la pression que peut supporter le cordon sans y interrompre la circulation.

Pour se servir de cet appareil, l'opérateur attire à lui, autant que possible, toute l'anse du cordon procident et y passe un de ces cordons dont il saisit les deux chefs pour les faire passer dans le trou d'un de ses porte-nœuds, puis il accroche chacune des ganses par lesquelles il se termine à l'extrémité fourchue.

Le cordon étant ainsi solidement saisi sans être comprimé par sa partie moyenne, l'opérateur passe, à droite et à gauche de ce premier porte-nœud, ses deux autres cordons, puis les retenant d'une main, il reporte la partie moyenne de l'anse au-dessus de la tête.

Par ce mouvement, il convertit son anse unique en trois anses, l'une ascendante où est inséré le porte-nœud, les deux autres descendantes dans lesquelles sont passés les deux autres cordons, auxquelles il n'y a plus qu'à fixer les deux autres porte-nœuds, pour les reporter à leur tour au-dessus de la tête.

On maintient le tout en place jusqu'à ce que l'engagement soit assez complet pour empêcher la récidence de la procidence, et l'on peut alors sortir ses porte-nœuds et attendre avec sécurité la terminaison du travail.

M. DIDAY s'étonne que dans le cas d'insuccès de son forceps, M. Chassagny établisse comme règle générale qu'il faille crâniotomiser, puisque, en semblable circonstance, deux fois la version lui a amené un enfant vivant.

M. CHASSAGNY répond que, dans un de ces deux cas, son forceps a échoué, parce qu'il était encore défectueux, et que dans l'autre, l'échec a été dû à l'oubli qu'il avait fait de repousser la tête en arrière.



M. CHAUVEAU insiste sur l'objection de M. Diday et ne trouve pas que M. Chassagny l'ait détruite.

M. CHASSAGNY rappelle qu'il a toujours eu à déplorer d'avoir fait la version, si ce n'est dans les deux cas cités déjà. Le bassin oblique ovulaire autoriserait seul la version.

M. ICARD désirerait quelques détails sur la version pratiquée pour le second accouchement. Quels étaient les diamètres de la tête ?

M. CHASSAGNY. — La tête du troisième enfant était sensiblement plus petite que celle du second, laquelle était égale à celle du premier.

M. ICARD demande à M. Chassagny si la procidence du bras est une indication de la version.

M. CHASSAGNY. — Dans le cas actuel, la procidence se produisit au moment où son forceps lâcha prise ; cette procidence fut alors regardée par lui comme une contre-indication de son forceps et une indication de pratiquer immédiatement la version.

*XII. Grossesse gémellaire avec un seul placenta ; mort d'un des fœtus au quatrième mois.* — M. DUPOUX, interne à l'Hôtel-Dieu, présente le délivre d'une femme récemment accouchée dans le service de M. Perroud.

La femme dont provient ce délivre a 34 ans, et est d'une bonne constitution. Elle en est à son septième accouchement. Les six premières grossesses ont été bonnes et se sont terminées heureusement à leur terme naturel ; aucune d'elles n'a été gémellaire. La dernière a été contrariée par une métrorrhagie, qui est survenue vers le quatrième mois sans cause appréciable, avec coliques, et qui a cessé spontanément, sous la seule influence du repos au lit, après une durée de huit jours. La malade nous dit que son ventre était alors beaucoup plus volumineux qu'il ne l'avait été dans ses grossesses précédentes, à la même époque de la gestation ; mais cet accroissement de volume, à partir de la métrorrhagie, cesse de se faire dans la même proportion, et la grossesse suivit son cours normal. L'accouchement, qui a eu lieu il y a huit jours, a été naturel ; la délivrance

seule a été un peu compliquée par l'adhérence d'un point limité du placenta.

L'enfant est un garçon à terme, bien constitué et bien portant; la mère est elle-même dans un état très-satisfaisant.

Le placenta et les membranes présentent tous leurs caractères normaux; seulement, en un point de la circonférence placentaire, l'on constate une seconde poche amniotique, contenant un petit fœtus aplati et momifié, de 10 à 12 centimètres de long environ, et paraissant âgé de quatre mois à peu près. La partie du placenta sur laquelle est insérée cette poche, et où venait s'insérer lui-même le cordon ombilical de ce fœtus, est blanchâtre, dure, d'aspect fibreux, et paraît avoir été le siège de l'adhérence qui a compliqué la délivrance.

L'examen microscopique de la pièce, pratiqué par M. Perroud, a démontré une dégénérescence fibreuse très-marquée de la portion altérée du placenta. En ce point, les villosités placentaires ne contenaient pas d'anses vasculaires; elles étaient pleines et striées longitudinalement. Ces stries disparaissaient sous l'influence de l'acide acétique, comme celles du tissu conjonctif. Entre les villosités, l'on constatait quelques très-rares corps fusiformes et une assez abondante matière amorphe. Quelques villosités étaient granulo-graisseuses; mais cette dégénérescence grasseuse était bien moins avancée que la dégénérescence fibreuse et paraissait lui être consécutive. Les muscles et le tissu conjonctif du petit fœtus, quoique momifiés, avaient leurs éléments anatomiques dans un état complet d'intégrité; ils étaient conservés avec leurs caractères normaux, sans altération grasseuse ou autre. Les viscères n'ont pas été examinés.

En résumé, grossesse gémellaire avec un seul placenta pour deux fœtus. Au troisième mois, un processus inflammatoire envahit, sans cause appréciable, une partie du placenta, qu'il transforme en tissu fibreux et rend impropre à la nutrition d'un des fœtus. Une métrorrhagie de courte durée survient; quelques adhérences se forment entre le placenta et l'utérus. Le fœtus, mort par oblitération de ses

vaisseaux nourriciers, se momifie, mais se conserve avec l'intégrité des éléments anatomiques de ses tissus, jusqu'à la fin de la grossesse, sans nuire au développement de l'autre fœtus ; il est alors expulsé avec le délivre, où on le retrouve enveloppé de son amnios.

---

## REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

---

**De l'eau chlorée dans le traitement des affections de l'œil.** — J'ai d'abord employé ce liquide, dit M. de GRAEFE, comme moyen désinfectant sur des surfaces mises en contact avec des produits de sécrétion contagieux. Comme la conjonctive se montra très-tolérante, j'ai institué une expérimentation étendue, et je puis recommander actuellement ce topique dans les cas qui suivent : 1° Dans le catarrhe conjonctival contagieux, si l'irritation n'est pas trop forte et si l'œil n'est pas menacé de kératite. On instille alors cette eau sous la forme officinale, une ou deux fois par jour, ou bien on l'applique avec un pinceau sur la muqueuse des paupières renversées ; 2° dans la conjonctivite granulaire, particulièrement comme moyen de transition entre divers autres topiques ; 3° dans les granulations anciennes avec rétraction partielle de la muqueuse et pannus rebelle ; 4° dans les larges infiltrations exulcérées de la conjonctivite bulbaire ; 5° dans les infiltrations purulentes torpides de la cornée, soit qu'on ait commencé ou non, par pratiquer une iridectomie contre le gonflement purulent de l'iris.

M. de Graefe insiste surtout sur la diminution constante et rapide des larges infiltrations exulcérées, et cite quelques cas remarquables de pannus améliorés par l'eau chlorée, alors que les autres topiques, l'inoculation du pus blennorrhéique et la syndectomie avaient échoué. Enfin, il signale les avantages de ce moyen dans la clinique ambulante et

donne quelques indications sur son mode probable d'action. (*Annales d'oculistique*, juillet et août 1865.)

**Observation de tænia expulsé par le copahu.**

— M. MORAND rapporte le fait d'un malade admis à l'hôpital du Dey pour une uréthrite sub-aiguë. Le malade, mis à la potion Chopart à la dose quotidienne de 40 grammes, rendit des fragments rubanés de deux à trois mètres de longueur, dont il s'abstint de faire part au médecin. L'écoulement ayant revêtu la forme atonique et rebelle de goutte militaire, on prescrivit au malade un régime fortifiant et réparateur et, de deux jours l'un, 20 grammes de copahu, mélangé avec un poids égal de poivre cubèbe. L'administration de ce mélange fut suivie de l'expulsion d'un ver rubanné, à longs anneaux, d'une largeur moyenne de 1 centimètre et demi sur 8 mètres de longueur terminé par un renflement globuleux, arrondi, du volume d'une tête d'épingle, et sur lequel on distingue à l'œil nu les points noirs qui correspondent aux suçoirs et à la bouche. — (*Bulletin de la Société de médecine d'Alger*, 2<sup>e</sup> trimestre 1865.)

**Du phlegmon diffus et de son traitement au moyen des caustiques**, par M. T. PASQUALINI, chef-interne à l'Hôtel-Dieu de Toulon. — L'auteur rapporte cinq observations favorables à l'emploi de ce mode de traitement.

Le premier malade avait tout le membre supérieur droit tuméfié, douloureux, d'une rougeur érysipélateuse, couvert de phlyctènes. Oedème très-marqué à la partie postérieure du coude et fluctuation profonde; fièvre, pupille très-dilatée, sub-delirium. On applique sur toute l'étendue du membre trente cautères à la pâte de Vienne, de la largeur d'une pièce de 50 centimes, placés sur quatre rangées longitudinales et circonscrivant en haut les dernières limites du mal. Le membre est enveloppé dans du coton et placé sur un plan incliné.

La nuit a été mauvaise; on applique cinquante autres cautères régulièrement espacés sur la longueur du membre.

Deux jours après, le bras est considérablement dégonflé.

Au quatrième jour, les cautères suppurent abondamment; on enlève dans une étendue de quatre pouces du tissu cellulaire sphacélé. Le onzième jour, le bras va de mieux en mieux, et, au bout d'un mois, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

La deuxième observation a trait à un malade qui, sur la fin d'une broncho-pneumonie, fut pris également d'un phlegmon diffus du bras. Une incision exploratrice fut faite, et le tissu lamineux sous-aponévrotique offre un aspect granuleux et paraît comme criblé de petits acini verdâtres. L'aponévrose est blanche; il ne sort pas de pus par l'incision. Trente cautères espacés régulièrement. Quelques jours après, le mal marchait rapidement vers la résolution. Mais le membre de l'autre côté se prend à son tour. Le tissu cellulaire ressemble à de la gelée tremblotante. Quinze cautères. — Après quelques complications dues au décollement des parties molles, la guérison survient rapidement. Dans ce dernier cas, la collection purulente était sous-aponévrotique, car le stylet introduit dans une des plaies produites par le cautère allait frapper contre l'humérus.

Dans la troisième observation, phlegmon occupant toute la jambe et s'étendant au-dessus du genou jusqu'au tiers supérieur de la cuisse. Application de cent trente cautères suivant la largeur du membre. Trois mois après, guérison.

Les observations précédentes se rapportent à des phlegmons non traumatiques; en voici deux qui ont compliqué des plaies.

Phlegmon profond, consécutif à une plaie du coude. 70 cautères sont appliqués. Le malade reste deux mois et demi à l'hôpital et sort guéri.

La cinquième observation prouve combien les caustiques sont efficaces pour s'opposer aux décollements. Un homme de 34 ans fait une chute sur la tête, le cuir chevelu est détaché sur toute une moitié du crâne, de la bosse occipitale à la suture fronto-pariétale, et le lambeau ne tenant que par sa partie inférieure, rabattu et renversé sur la joue. — Suture. — Le lendemain, le lambeau est boursoufflé, soulevé par une sanie aqueuse et menace de se détacher; on rase et on applique sur ce lambeau quatre cautères. Deux

jours après, la suppuration a tari, le lambeau se recolle complètement, et le malade sort guéri au bout de dix jours.

En résumé, la cautérisation, pratiquée suivant la méthode de M. Long, décrite par M. Pasqualini, remplit les indications suivantes :

1<sup>o</sup> *Prévenir le mal.* — Si la révulsion énergique peut s'opposer au développement du phlegmon diffus, nul moyen ne peut être comparé à 70 ou 80 cautères établis sur un membre.

2<sup>o</sup> *Limiter le mal.* — En appliquant une rangée de cautères à la limite des parties saines, la marche de la gangrène est arrêtée, et rien ne peut être comparé aux caustiques pour remplir ce but.

3<sup>o</sup> *Combattre le mal dans son essence.* — Si le phlegmon diffus est une diphthérie du tissu cellulaire, comme le veut M. Chassagnac, la méthode sera appropriée à la nature du mal.

4<sup>o</sup> *S'opposer aux décollements.*

5<sup>o</sup> *Ouvrir une voie au pus.*

(*Journal de médecine de Bordeaux*, septembre 1865.)

**Contracture des extrémités inférieures pendant la grossesse, persistant jusqu'à la mort survenue vingt-deux jours après l'accouchement,** par le docteur LAFORGUZ, professeur d'accouchement à la Maternité et à l'Ecole de médecine de Toulouse. — Le 18 août, à quatre heures du matin, on apportait dans le service de la Maternité de Toulouse une femme enceinte qui, depuis quelque temps, était dans le service de chirurgie pour le traitement d'une carie des os du pied. Cette femme était atteinte d'une contracture tellement forte des extrémités inférieures, que son corps présentait l'attitude du fœtus renfermé dans la matrice. Les membres inférieurs étaient rétractés dans le sens de la flexion, les cuisses repliées sur le ventre, et les jambes appliquées sur la face postérieure des cuisses. La contracture était si forte que les genoux touchaient le menton.

Cette malade accoucha, quelques heures après son entrée à la Maternité, d'un garçon peu développé et ayant la con-

formation d'un enfant de sept mois environ. L'expulsion se fit par le siège ; elle fut naturelle et assez rapide à cause du peu de volume de l'enfant et de l'énergie des contractions utérines. L'enfant, très-faible au moment de la naissance, ne vécut que quatre jours.

Pendant l'accouchement, la mère conserva la même position fléchie, les extrémités inférieures repliées sur le tronc. La contracture persista au même degré pendant les suites de couches, qui furent très-régulières, et la malade était dans le même état lorsqu'elle fut rapportée dans le service de chirurgie.

Cette femme présentait une carie des os métatarsiens du pied droit. La colonne vertébrale était déviée dans la région dorsale. Elle avait eu un abcès du cou qui fut suivi d'un grand nombre d'autres, cinq environ, puis enfin, d'une variole confluente. Quelle a pu être l'influence de la grossesse sur la contraction ? Quoique l'affection ne soit survenue qu'au troisième mois de la gestation, les désordres dont nous avons parlé plus haut ne permettent pas de considérer l'affection nerveuse comme purement sympathique. L'autopsie n'a pu d'ailleurs être faite. — (*Journal de médecine de Toulouse*, octobre 1865.)

**Observation de plaie pénétrante de l'abdomen,** par le docteur DUCHENNE. — Je fus appelé à l'hôpital de Firminy, pour voir le nommé Jean Lambert, âgé de 18 ans, ouvrier de l'usine Holtzer, d'Unieux, qui y avait été transporté depuis six jours, 7 mars dernier, à la suite d'un accident qui lui était arrivé de la manière suivante :

Pendant son travail, un morceau d'acier qu'il brisait lui était entré dans le ventre, à droite, immédiatement au-dessus du pli de l'aîne, à peu près à la réunion du tiers interne avec les deux tiers externes d'une ligne tirée du pubis à l'épine iliaque antérieure. Il avait perforé les parois abdominales, la vessie et une anse intestinale, l'urine et les matières fécales s'échappaient par cette ouverture, et le malade resta quatre ou cinq jours dans cet état, au bout desquels on eut la malheureuse idée de pratiquer la suture de la plaie externe, c'est-à-dire de la paroi abdominale.

Les lavements donnés par l'anus sortaient par la plaie abdominale, ainsi que les injections dans la vessie.

Dès lors, son état s'aggrava rapidement, l'urine et les matières fécales s'épanchèrent dans la cavité abdominale, le ventre se tuméfia outre mesure, devint très-douloureux, la langue rouge, sèche et lisse, pouls petit, serré, tellement accéléré qu'on avait peine à compter les pulsations. — Vomituritions, face grippée. En un mot, tous les signes d'une péritonite suraiguë des plus graves et des plus alarmantes.

Ce fut alors que ses parents me firent appeler. — Je trouvai le malade presque agonisant.

Aussitôt, et après avoir reconnu les symptômes que je viens de décrire, et constaté, en outre, que les matières accumulées dans le ventre forçaient la ligature, en suintant de chaque côté, ce qui avait surtout occasionné l'inflammation péritonéale, je m'empressai de couper cette ligature pour donner libre passage aux matières qui s'échappèrent violemment et en grande abondance. — Le malade en fut aussitôt soulagé. — J'ordonnai alors que l'ouverture restât libre; je prescrivis des frictions avec l'onguent mercuriel belladonisé sur les parois abominales qui étaient dures et rouges dans une grande étendue. — Je lui fis donner quelques cuillerées de vin de quina au Malaga; je le soumis, pendant les premiers jours, à une diète rigoureuse, ne lui permettant de prendre d'abord que des substances essentiellement assimilables et ne donnant que fort peu de résidu, et, tous les jours, un lavement simple pour nettoyer l'extrémité inférieure des intestins.

Sous l'influence de ce traitement, les matières qui avaient continué à sortir par l'ouverture abominale reprirent peu à peu leur cours naturel, la plaie se cicatrisa au bout d'un mois, et le malade se trouve actuellement complètement guéri.

L'honorable confrère Dayral, qui était venu à Firminy pour une expertise de mineurs, dans les premiers jours où je donnais des soins au malade en question, a pu constater par lui-même l'exactitude des faits que je viens d'exposer.

Cette observation m'a paru digne d'être notée : 1<sup>o</sup> pour montrer le danger de pratiquer la suture des parois abdo-



minales dans des cas semblables; 2<sup>o</sup> pour démontrer que de pareilles lésions peuvent très-bien guérir, en aidant simplement la nature dans son travail réparateur. — (*Annales de la Société de médecine de Saint-Etienne*, année 1865, 1<sup>re</sup> partie.)

**De la scille dans les affections de la rate**, par le docteur HENNINGKE (*Bernhardt's Zeitschr. für wissenschaft. Therapie*, Band VI, Heft 3, p. 305. — *Allg. med. Centralztg.*, n<sup>o</sup> 16, 1865). — L'auteur attire l'attention sur l'action de la scille dans les affections spléniques et ajoute même un cas très-intéressant de maladie, qui montre cette action d'une manière très-frappante.

Il s'agit d'un homme qui, quinze mois auparavant, présentait une pleurésie à gauche ayant déterminé un déplacement du cœur à droite et qui, de plus, offrait depuis longtemps une tuméfaction de la rate augmentant sans cesse. Dans l'hypochondre gauche existait une tumeur dure, élastique, dont le bord antérieur était borné à la région épigastrique; elle dépassait de trois pouces le rebord antérieur des côtes et s'étendait parallèlement à l'axe de la dixième côte vers la colonne vertébrale. Cette tumeur, peu mobile, pouvait, par places, être saisie à travers les parois abdominales. Ce qu'il y avait de plus important, c'est que l'on ne pouvait découvrir aucune cause qui eût pu déterminer la tuméfaction de la rate; le malade n'avait jamais eu de fièvre intermittente, et l'existence de la tumeur remontait à une époque que l'on ne pouvait fixer.

On prescrivit quinze gouttes, cinq fois par jour, de teinture de scille. La tuméfaction de la rate diminua tous les jours, la sécrétion urinaire augmenta. Au bout de trois semaines, le malade était guéri. — (*Gazette méd. de Strasbourg*, octobre 1865.)

**Du choléra observé en Cochinchine et de son traitement**, par le docteur ARMAND, ex-médecin chef de l'hôpital militaire de Saïgon, en 1861-1862. — Voici, en résumé, la méthode de traitement de l'auteur pour le choléra :

1<sup>o</sup> Au début de la période algide, réchauffer le malade par des frictions sèches, soit avec des flanelles sèches, soit humectées de liniments excitants ; emmaillotement dans une couverture de laine ordinairement suffisante dans un climat où la moyenne de la température mensuelle est constamment entre 26 et 27 degrés centigrades ; donner en même temps, par gorgées fréquemment répétées, du thé ou du tilleul alcoolisés.

2<sup>o</sup> Administrer, aussitôt que faire se peut, une potion avec sulfate de quinine, jamais au-dessous de la dose d'un gramme au début, rarement au-dessus de 15 décigrammes.

3<sup>o</sup> Au cas où la potion quinique est rejetée par de nouveaux vomissements, insister derechef sur les antispasmodiques, le chloroforme même, et, en attendant l'effet recherché, prescrire par précaution 2 grammes de sulfate de quinine en lavement additionné de 40 gouttes de laudanum. Revenir au sulfate de quinine dès qu'on a lieu de croire que l'estomac s'en accommodera.

La règle pour l'administration du sulfate de quinine, c'est, dirons-nous, de le donner *cito, citissime*. Vous avez affaire à un accès pernicieux algide de la pire espèce, ne perdez pas un instant. C'est dire combien il serait désastreux de temporiser sous prétexte d'attendre la rémission. Attendre la rémission en ce cas, c'est, le plus souvent, attendre la mort ; on ne saurait donc trop se hâter de donner le remède héroïque par excellence, qu'on l'appelle tonique, anti-périodique ou fébrifuge : c'est un nervin dont l'action sthénique réveille le fonctionnement du système nerveux et régularise l'innervation, tantôt enrayée dans la période algide, tantôt désordonnée dans la période de réaction.

Bien entendu qu'il faut faire la part aussi des opiacés et des antispasmodiques comme adjuvants.

4<sup>o</sup> Au deuxième jour, ordinairement, la réaction commence à s'établir, mais il faut répéter la médication du deuxième jour.

Le plus souvent, une réaction salubre s'établissant au troisième jour, il faut se hâter de donner du bouillon trois et quatre fois répétées comme tisane, et concurremment des

potions de décoction de quinquina avec éther et opium, comme pour le sulfate de quinine.

En même temps, vin de quinquina excellent, adjuvant tonique; thé et tilleul pour boissons habituelles dans la période algide; limonade tartrique ou citrique dans la période de réaction.

5° Avec cette médication, arriver progressivement à alimenter le malade, d'abord par des bouillons, des potages, des aliments légers, et ne pas oublier le vin de quinquina.

6° Lorsqu'on est maître de la situation, tout en augmentant l'alimentation selon les forces et l'appétit du malade entrant en convalescence, remplacer de préférence les potions de quinquina par des potions avec extrait de quinquina à la dose ordinaire de 4 grammes, tout en continuant le vin de quinquina.

7° Dès que le convalescent peut manger la demi-portion d'aliments, à plus forte raison s'il est aux trois quarts, donner le matin du café, qui convient particulièrement dans les pays chauds.

8° Il va sans dire que, pendant toute la durée du traitement, mais surtout au début, les malades doivent être entourés de soins assidus et incessants. Il faut organiser un service d'infirmiers forts, intelligents, actifs, assez nombreux pour se relever fréquemment, et ne pas perdre de vue les malades un seul instant, soit pour les couvrir ou alléger leurs couvertures, refaire ou changer la literie, leur donner à boire souvent et par petites gorgées, surveiller l'effet des médicaments, et rendre compte s'ils ont été supportés ou non, afin de les répéter s'il y a lieu.

9° Les émétiques doivent être prescrits absolument; nous en dirons autant des évacuations sanguines, du moins pendant la période algide.

Grâce à cette manière de faire, nous avons obtenu des résultats incépérés dans un climat qu'on nous avait dépeint sous le plus sombre aspect quant aux maladies régnantes et comme étant surtout une des mères-patries du choléramorbus asiatique.

CONCLUSIONS. — Examinons numériquement les résultats obtenus par diverses méthodes tour à tour mises à l'essai

depuis que le choléra a de nouveau sévi de notre temps sur l'Europe.

On a fait en Angleterre, notamment, une étude comparative du résultat de quatre modes principaux de traitement.

2749 cas de choléra ont servi de base pour cette étude à la commission de Londres, selon le mode prédominant du traitement employé.

- 1° Traitement par les évacuants ;
- 2° Par les astringents ;
- 3° Par les stimulants ;
- 4° Par les vomitifs et les purgatifs.

Les tableaux du rapport fournissent la condamnation du traitement par les évacuants.

Ils semblent témoigner encore contre le traitement par les stimulants, excepté comme ressource dans les cas extrêmes.

Ils accordent un avantage marqué surtout au calomel associé à l'opium.

Ils reconnaissent une supériorité plus tranchée aux astringents, en particulier, à la chaux unie à l'opium.

La mortalité moyenne est, en effet, dans le traitement par les évacuants, de 71 pour 100 ; par les stimulants, de 54 pour 100 ; par les altérants, calomel et opium, de 36 pour 100 ; par les astringents, de 20 pour 100.

Par notre méthode quinine, nous avons perdu un peu moins de 10 pour 100.

C'est incontestablement celle qui jusqu'ici a donné les résultats les moins équivoques et les plus satisfaisants sur un groupe de cholériques rigoureusement suivis un à un, jour par jour, dans un service tout spécial.

Quel traitement de maladie grave, et surtout de choléra, a jamais permis de guérir une proportion de 90 malades sur 100, comme nous avons eu le bonheur de le faire en Cochinchine ?

Notre satisfaction est grande dès aujourd'hui ; elle sera complète lorsque notre méthode de traitement vulgarisée permettra désormais à tous les praticiens de ne plus rester impuissant contre un fléau qui cessera de faire la calamité du genre humain. (*Gazette hebdomadaire*, novembre 1865.)

## BULLETIN

## I. ACADÉMIE DES SCIENCES.

*Choléra. — Chaleur animale. — Recherches expérimentales sur la transfusion du sang. — Physiologie du cœur.*

*Séances des 16, 23 et 30 octobre, 6 et 13 novembre 1865. —*

La plupart des communications faites à l'Académie n'ont apporté aucune lumière nouvelle sur les questions litigieuses que soulève l'étude du choléra. Beaucoup d'hypothèses et peu d'observations rigoureuses, voilà le fond commun des travaux communiqués dans les dernières séances. Nous ferons pourtant une exception en faveur de M. Grimaud, de Caux, dont les études sur le choléra de Marseille ont rigoureusement établi le mode d'importation et de propagation du fléau dans cette ville.

*Expériences sur la chaleur animale, et spécialement sur la température du sang veineux comparée à celle du sang artériel dans le cœur et les autres parties centrales du système vasculaire, par M. P. Colin.*

D'une manière générale, le sang de l'artère est plus chaud que celui de la veine satellite, si ce n'est dans les organes profonds. D'ailleurs, l'uniformité n'existe pas même dans l'ensemble de chaque système vasculaire. pris à part. Dans l'artériel, la température va, en décroissant très-faiblement, du tronc aortique vers les divisions terminales ; dans le veineux, au contraire, elle s'élève très-rapidement des radicules vers les parties centrales. Toutefois, chaque grande veine a la sienne propre : la veine cave supérieure offre le minimum, la veine porte le maximum, et la veine cave inférieure conserve le degré intermédiaire.

Quant à la température du sang dans le cœur, le sang artériel est généralement plus chaud que le sang veineux. Ainsi, sur plus de 80 animaux, chevaux, taureaux, bœufs et chiens, qui ont servi à 102 observations thermométriques doubles, il y a eu 21 fois égalité de température entre les deux cœurs ou entre les deux sangs pris à l'entrée des ventricules, 31 fois excès de température dans les cavités droites, et 50 fois excès dans les cavités

gauches ou aortiques. Les différences entre le sang artériel et le sang veineux, dans le cœur, ont oscillé, terme moyen, de 1 à 2 dixièmes de degré: néanmoins, elles se sont levées jusqu'à 6 et 7 dixièmes, suivant les espèces et l'état des animaux. Ces différences de température entre les deux sangs et les rapports qu'elles ont entre elles paraissent dépendre de plusieurs causes dont les plus remarquables dérivent de l'état de la peau, de l'activité ou de l'inaction du système musculaire, du travail digestif de l'abstinence, etc.

De ce fait remarquable entre tous que, dans le cœur, la température du sang artériel l'emporte sur celle du sang veineux, il faut inévitablement tirer la conclusion que le sang s'échauffe en traversant le tissu pulmonaire. En effet, si, après avoir cédé du calorique, tant pour échauffer l'air des bronches que pour vaporiser le produit de la transpiration, le sang est encore, malgré ces deux causes de refroidissement, plus chaud à sa sortie du poumon qu'il ne l'était à son entrée dans cet organe, c'est que son conflit avec l'air a produit de la chaleur. Conséquemment l'hématose, telle qu'elle s'effectue dans le poumon, doit être, ce semble, considérée comme une source locale et immédiate de la chaleur animale.

*Recherches expérimentales sur la transfusion du sang*, par MM. Eulenburg et Landais. — Les études des auteurs sur les effets de la transfusion dans l'inanition absolue ont donné le résultat suivant: En soumettant un chien au retranchement de nourriture continuel et complet, ils ont constaté que la transfusion du sang (d'un animal de la même espèce), pratiquée dans l'inanition, prolonge la vie et compense pour un certain temps le manque de nourriture et les pertes de substance organique usée pendant cette période.

*Note sur la forme graphique des battements du cœur chez l'homme et les différentes espèces animales*, par M. Marey. — Il est des faits nouveaux sur lesquels l'auteur désire appeler l'attention aujourd'hui: c'est d'abord la différence de forme que l'on rencontre en étudiant les battements du cœur à l'état physiologique sur différentes espèces animales; d'autre part, l'existence d'un type à peu près uniforme pour la contraction du cœur chez tous les animaux, lorsque le cœur, détaché du corps, se contracte à vide sous l'appareil enregistreur.

On trouve dans son mémoire de nombreux tracés cardiographiques représentant la forme des battements du cœur chez la

tortue terrestre, la grenouille, différentes espèces de poissons, de crustacés et de mollusques.

La grande variété de formes que représentent ces figures recueillies sur différents animaux, dans les conditions à peu près normales de la circulation, disparaît lorsqu'on prend le tracé du cœur isolé d'un animal quelconque. La forme obtenue se rapproche alors sensiblement d'un type unique. M. Marey croit que, dans ces conditions, il est impossible de reconnaître par quel animal est fourni le tracé. Toutefois, chez les animaux pourvus d'oreillettes, si l'on recueille à la fois les mouvements de ces deux cavités, on obtient un tracé assez analogue à celui que donnent les poissons dans les conditions physiologiques.

Si l'on se borne à enregistrer les contractions des ventricules, on obtient pour tous les animaux une figure analogue, et le type obtenu est assez semblable à celui que donnent, dans les conditions physiologiques, les crustacés et surtout les mollusques.

En résumé, dit l'auteur en terminant, si l'on considère que les variations de la forme des battements du cœur chez les animaux supérieurs peuvent être produites à volonté par des modifications que l'on imprime à la circulation périphérique; que les claquements valvulaires qui compliquent chez eux la forme du tracé sont des phénomènes passifs indépendants de la contraction cardiaque, on arrive à la conclusion suivante :

Il est vraisemblable que chez tous les animaux la contraction cardiaque est essentiellement produite par une sorte de décharge musculaire de forme presque constante et très-peu compliquée; que chez les animaux inférieurs cette forme reste presque inaltérée dans l'état physiologique, par suite du peu de résistance que le cœur éprouve dans sa fonction; enfin, que chez les animaux supérieurs, dans les conditions physiologiques, ce sont les résistances variables au cours du sang, les ébranlements plus ou moins violents que ce sang imprime aux valvules, qui altèrent le mouvement primitif et produisent les détails compliqués que présente le tracé cardiaque.

---

## II. ACADEMIE DE MEDECINE.

*Fumigations chlorées contre le choléra. — Pronostic et traitement de la pneumonie pendant la grossesse. — Pied-bot valgus douloureux.*

*Séances du 25 octobre au 14 novembre 1865.* — Le choléra continue à occuper l'Académie ; nous ferons grâce à nos lecteurs de l'innombrable quantité de recettes, toutes plus ou moins infaillibles, qui viennent se faire inscrire contre le fléau à la rue des Saints-Pères ; ils nous sauront gré de ne leur donner que ce qui s'est présenté de sérieux devant notre aréopage médical ; et à ce titre, nous devons mentionner le consciencieux rapport de M. Briquet et les travaux de M. Nonat et de M. Cloquet.

M. Briquet a commencé la lecture d'une étude complète du choléra ; il a pris la question *ab ovo*, en remontant aux sources mêmes et à l'origine des premières épidémies de l'Inde. Ce travail considérable paraît devoir occuper encore plusieurs séances de l'Académie ; nous attendrons qu'il ait été lu complètement pour pouvoir le résumer dans son ensemble.

— La note de M. Nonat a pour but de préconiser les *fumigations chlorées* en vue de désinfecter l'air et de diminuer les ravages du choléra. Pour M. Nonat, le choléra n'est pas contagieux en dehors du foyer de l'épidémie ; mais il est contagieux par infection dans ce foyer ; les fumigations chlorées peuvent servir à diminuer les ravages de la maladie en agissant sur la cause locale ou infectieuse ; mais elles n'ont aucune action sur la cause générale du mal. Le procédé que l'auteur a employé pour obtenir dans les salles un dégagement continu de chlore consiste à mettre dans un vase, de la largeur d'une assiette, du chlorure de chaux pulvérisé et délayé dans une suffisante quantité d'eau sous la forme d'une bouillie claire (une partie de sel et huit à dix parties d'eau). On sait que ce mélange donne un dégagement lent et continu de chlore. On doit renouveler le mélange tous les jours ou tous les deux jours.

— M. Cloquet a abordé l'étude de la pathogénie des phénomènes essentiels du choléra. Cette lecture ayant aussi été faite à l'Académie des sciences, trouvera sa place ailleurs.



*Pronostic et traitement de la pneumonie pendant la grossesse.*

— M. Verrier, dans ce mémoire, résume le petit nombre de travaux qui existent sur ce sujet et, s'appuyant sur cinq observations nouvelles et douze autres publiées par M. Bourgeois en 1861, arrive aux conclusions suivantes :

Dans une grossesse compliquée de pneumonie, l'époque de la grossesse où cette maladie se déclare est indifférente pour son caractère de gravité.

L'avortement avant le septième mois n'est pas plus certain que l'accouchement prématuré après cette époque.

Si l'avortement survient pendant le traitement de la pneumonie, c'est au progrès de celle-ci qu'il faut l'attribuer, et non à la médication. D'où l'on peut induire qu'on doit traiter la pneumonie de la femme dans la grossesse comme dans les conditions ordinaires de la vie, sans perdre en expectation un temps précieux.

*Pied-bot valgus douloureux des adolescents.* — M. Gosselin rappelle que le valgus douloureux des adolescents est caractérisé par une douleur mal circonscrite sur les côtés de l'astragale et du calcanéum, et par une contracture des muscles animés par le poplité externe ; depuis longtemps déjà, il pensait que le mal avait son point de départ et son siège dans les articulations du tarse, probablement dans celles de l'astragale et du calcanéum, et que la contraction musculaire était un effet consécutif ; M. Gosselin pensait aussi que la nature de la lésion articulaire devait être inflammatoire, se fondant sur la douleur qui précède la difformité, sur la disparition de cette douleur et de la contracture par le repos, sur son augmentation par la pression, et enfin sur la terminaison possible par une ankylose calcanéo-astragaliennne.

L'opinion de l'auteur vient d'être confirmée par l'autopsie d'une jeune fille de 19 ans, atteinte de la tarsalgie gauche depuis trois ans, et qui a été emportée par le choléra dans la septième semaine de son traitement. L'examen des pièces pathologiques permet de constater des lésions inflammatoires très-évidentes dans l'articulation tibio-tarsienne, l'articulation astragalo-scapoïdienne et les articulations calcanéo-astragaliennne et calcanéo-cuboïdienne.

En présence de ce fait, M. Gosselin fait observer que la dénomination d'arthrite tarsienne conviendrait mieux que celle de valgus ; toutefois, il préfère actuellement l'appellation plus générale de *tarsalgie des adolescents*.

Le traitement est celui de la plupart des arthrites douloureuses : immobilité dans une bonne position. La ténotomie est sans utilité dans la plupart des cas.

---

## BIBLIOGRAPHIE.

**Essais d'hygiène et de thérapeutique militaires**, présentés à la Commission sanitaire des Etats-Unis, annotés et publiés en français par le docteur T.-W. EVANS. — Paris, Victor Masson et fils, 1865.

La partie purement médicale du livre dont nous avons brièvement indiqué les mémoires ayant rapport à la chirurgie (voir le numéro de septembre), contient des notices importantes sur la *quinine*, le *scorbut*, les *revaccinations*.

La Commission sanitaire des Etats-Unis recommande vivement aux médecins l'usage de la quinine comme *préservatif* contre les affections miasmatiques. Les fièvres miasmatiques frappent certains individus de préférence ; mais ni la vigueur, ni la santé parfaite ne mettent à l'abri de leur atteinte. L'empoisonnement par les miasmes a lieu généralement entre le coucher et le lever du soleil, et notamment chez les individus qui jeûnent, sont fatigués et privés de sommeil. La période d'incubation varie de six à vingt jours. Lorsqu'un individu a séjourné longtemps dans une atmosphère remplie de miasmes, même lorsqu'il n'a pas été atteint de mal, sa santé s'altère, et il tombe dans un état de débilité, de véritable cachexie.

Pour combattre l'invasion du mal, la quinine sera administrée à titre de *préventif*, et l'auteur du mémoire, Van Buren, a accumulé les citations pour démontrer l'existence de cette vertu prophylactique. Le directeur du chemin de fer de Panama avait constaté le nombre considérable de malades parmi les équipages des navires mouillés dans le port d'Aspinwall. Ayant à établir une ligne de navires entre ce port et New-York, il fit distribuer à chaque homme,

quelques jours avant l'arrivée à Aspinwall, du vin de quinine. Pendant ces quatre dernières années, durant lesquelles sept navires ont été constamment en activité sur cette ligne, les cas de maladie ont été fort rares.

Dans un des *rapports médicaux de la marine britannique*, M. A. Bryson s'exprime ainsi : Toutes les fois que, dans les régions tropicales, on envoie des hommes à terre pour y être employés à un travail, on leur fait prendre du vin de quinine. — Un jour, « vingt matelots et un officier devaient être envoyés à Sierra-Leone pour y travailler pendant la journée. Aux matelots, on administra le quinquina; l'officier refusa d'en prendre, lui seul eut la fièvre. » Plus tard, deux chaloupes explorèrent la rivière Scherbo; pas un homme ne fut malade, quoique cette région soit une des des plus insalubres de la côte. L'équipage d'une troisième chaloupe séjourna pendant deux jours seulement au même lieu et à la même époque; mais les hommes n'avaient pas pris du quinquina; tous furent attaqués, excepté l'officier qui commandait la chaloupe.

Un grand nombre d'exemples semblables sont empruntés à des relations de médecins anglais ou américains.

La quinine a été employée pendant un, deux, trois mois et plus, à la dose de 12 à 20 centigrammes par jour dans du vin, du café ou de l'eau-de-vie. Jamais les observateurs n'ont constaté la moindre influence nuisible du médicament. Le directeur du service de santé, pendant la guerre des Etats-Unis, a reconnu la puissance de cette vertu prophylactique. Il ajoute seulement que le sulfate de cinchonine (beaucoup moins cher, mais bien moins actif) a été employé avec grand succès à la dose de 25 à 40 centigrammes.

Nous répéterons, en terminant cette courte analyse, que le livre publié par la Commission sanitaire des Etats-Unis est un livre résumant les principaux faits importants dans la chirurgie militaire.

D<sup>r</sup> GAILLETON.

## VARIÉTÉS.

## CAUSERIES DU MOIS.

*Les Sociétés de secours mutuels dans leurs rapports avec le corps médical. — ULTIMA VERBA.*

Ma *Causerie* du mois d'octobre dernier traitant de la question délicate des *Rapports des Sociétés de secours mutuels avec les médecins et les pharmaciens*, a été l'objet, dans une revue qui soutient les intérêts de la mutualité (la *Fraternité*, de Niort, numéro de novembre), d'une riposte en partie double. M. Henri Giraud, fondateur-directeur dudit journal et M. Piton du Gault, l'un de ses lecteurs, ont pris la peine de me répondre.

Je dois rendre justice à l'aménité avec laquelle sont formulées ces réponses. M. H. Giraud a eu l'excellent esprit de ne pas se fâcher de quelques boutades un peu vives dirigées par moi contre sa personnalité d'*apôtre* de la mutualité, qualification qu'il accepte très-volontiers. Je me félicite de cette longanimité et en félicite aussi mon contradicteur. Cet excellent esprit dont il a fait preuve n'appartient qu'aux excellents cœurs et en donne la mesure.

Toutefois l'honorable M. Giraud et son féal M. Piton du Gault eussent mis le comble à ma satisfaction en engageant avec nous une discussion en règle — à armes courtoises, le plus courtoises possible je le veux bien — mais enfin une discussion sérieuse sur le fonds de la question. Ce fonds, en vérité, ils n'y touchent pas, et leur réplique ne descend pas sur les nuages de la généralité. J'avais pourtant dit, dans mon réquisitoire : « soyons clair, précis, formel ! »

Partout et de tout temps l'*honorarium* des médecins a eu pour base ce triple élément : l'importance du service rendu ; — position de fortune du client ; — position scientifique de l'homme de l'art. L'assistance mutuelle mal comprise,

livrée au zèle exubérant de certains hommes *d'une idée*, plus à craindre cent fois que le *virum unius libri* que redoutait saint Thomas d'Aquin, ne tendrait à rien moins qu'à bouleverser cet ordre établi, ce droit traditionnel au bénéfice d'un communisme despotique se traduisant pour le praticien en une sujétion d'ilote rémunérée par un morceau de pain.

On trouvera peut-être que ce sont-là de bien gros mots... Laissons donc la parole à un homme que personne n'accusera d'être l'ennemi systématique de la mutualité. Voici ce qu'écrivait, en 1851 — à l'aurore des Sociétés de secours mutuels — notre confrère, M. Amédée Latour :

« Pour les prémunir ou pour lutter contre *le plus grave danger* qui menace la profession médicale, c'est-à-dire contre les Sociétés de secours des corps d'état, quel moyen y a-t-il autre que l'Association (médicale)?... Je serais désolé qu'on interprêtât mal ce que je veux dire à cet égard. C'est une pensée charitable et chrétienne qui porte les Sociétés ouvrières à assurer à chacun de leurs membres les secours médicaux en cas de maladie.... Ces institutions bienfaisantes doivent être encouragées car elles reposent sur le principe moral de la fraternité humaine. Mais les médecins font aussi partie de la famille humaine et aucune association ne peut vouloir le complet sacrifice de leurs intérêts aux intérêts des autres. C'est ce qui a lieu cependant dans plusieurs centres de populations ouvrières. Les Sociétés de secours ont fixé le prix des soins médicaux à un taux si dérisoire qu'il est impossible de comprendre comment des médecins se sont rencontrés pour accepter cette indigne rémunération... »

« Il est des villes où la population presque en entier est enrégimentée en Société de secours, non-seulement les ouvriers mais les maîtres tailleurs, cordonniers, menuisiers, etc.; non-seulement les artisans, mais les artistes, les hommes de lettres.... » (1).

Si M. Amédée Latour en était à faire aujourd'hui une

(1) Supplément au Dictionnaire des Dictionnaires de Médecine.  
Article *Honoraires*.

nouvelle édition de son article si plein de bon sens et d'humour, il se verrait à même d'accroître beaucoup cette nomenclature des membres indûment participants de l'assistance mutuelle, *il est* à la médecine au rabais. Bons propriétaires, bourgeois avec ou sans pignon sur rue, industriels à grosse entreprise, tout le monde à l'heure qu'il est en veut tâter. Je lisais, il n'y a pas longtemps, dans une feuille médicale, une recette risible mais sûre, donnée par un docteur à ceux de ses confrères que taquine par trop cet envahissement des frelons de la mutualité : pour vous en débarrasser promptement et mettre à néant leur sordide spéculation, prescrivez, conseille-t-il, prescrivez-leur avec une intelligence persévérante, ceux des médicaments qui, tout en convenant le mieux à leurs maladies, conviennent le moins à leur délicatesse, à leur *chatterie* de gens comme il faut. Le *Codex*, Dieu merci ! met à votre disposition un arsenal dans lequel vous n'avez que l'embarras du choix !

Mais laissons ces enfantillages et reprenons tout notre sérieux. La chose en vaut hélas ! bien la peine ! non, dirai-je obstinément aux fauteurs de mutualité, non jamais vous ne pourrez compter sur la coopération spontanée et dévouée du corps médical tant que vous marcherez dans une voie étrangère aux trois immuables, aux trois inflexibles principes de la rémunération médicale : importance du service rendu, — fortune du client, — position scientifique du médecin. Vos prix à forfait, vos abonnements, vos *cotes mal taillées*, on les subira, mais à contre cœur, sous la pression de la nécessité présente, de par la loi du plus fort, et, vous avez beau faire, la dignité professionnelle, secrètement ou à voix haute, incessamment protestera contre eux. Et tout cela n'aura qu'un temps ! *abyssus abyssum vocat* : la mutualité engendre la mutualité. De la vôtre se fortifie fatalement la nôtre, et c'est de puissance à puissance que nous traiterons un jour, — bientôt je l'espère, — pour le plus grand bien de l'humanité, qui ne peut prétendre à aucun progrès en dehors du droit.

Je ne me lasserai pas de le redire non plus : ouvriers associez-vous ! apportez-nous votre obole et bénie soit-elle ! nous sommes à vous autant qu'à l'opulence qui ne



regarde pas à l'or ! mais pour vous, égoïstes spéculateurs qui voulez abriter votre honteuse lésine dans le giron de l'association mutuelle, remportez votre billon vert-de-grisé ! son contact souillerait le fier denier du travailleur économe et salirait notre main !

Ou bien, entrant dans l'association pour prendre part à des bénéfices, contribuez à ses charges dans la proportion de votre aisance, et que l'honoraire du médecin bénéficie de cette proportionnalité.... Cette idée, qui fait le fonds de ma thèse du 1<sup>er</sup> octobre, a paru à l'un des correspondants de M. H. Giraud « le bouleversement de tous les principes admis jusqu'à ce jour en mutualité » !

Remettez-vous, monsieur, d'une alarme si chaude !

Nous ne sommes pas si subversifs que cela ! Sachez d'abord que le système de la proportionnalité est en vigueur dans plusieurs Sociétés de secours mutuels de France, notamment dans celle de la commune de Demigny (Saône-et-Loire). Chaque sociétaire y paie : 1<sup>o</sup> un droit d'entrée ; 2<sup>o</sup> une faible cotisation annuelle fixe (7 fr. 50) ; 3<sup>o</sup> une *cotisation proportionnelle du vingtième de toutes les contributions payées dans la commune*. Avec cela, cette Société prospère et fait de belles économies. Malheureusement, le médecin ne participe nullement aux avantages de cette proportionnalité qui fonctionne, d'ailleurs, si bien. Il est peut-être un peu moins mal rétribué là qu'autre part, mais son émolument (4 fr. par an et par famille de quatre personnes en moyenne) ne peut s'accroître qu'en raison des progrès *quantitatifs* et non *qualitatifs* (financièrement parlant) de l'association, ce qui est en désharmonie avec nos principes (1).

Nous pourrions encore citer au correspondant trop facile à émouvoir de M. H. Giraud plusieurs grands établissements industriels où une retenue obligatoire de tant pour cent est

(1) M. Jules Sennes, ancien sous-préfet, membre du Conseil général de Saône-et-Loire, est le fondateur et le président de cette Société. Son système de proportionnalité est très-lucidement exposé dans un opuscule intitulé : *Mutualité*. (Paris, chez Paul Dupont.)

opérée sur tous les salaires dans le but de subvenir aux frais de maladie et pour créer un fonds de retraite, ce qui constitue une véritable cotisation *proportionnelle* qui n'a jamais paru subversive à personne.

M. H. Giraud qualifie d'*étrange* le système de rétribution médicale proposé par M. Herpin (de Genève) et adopté par lui dans ses rapports avec sa nombreuse clientèle ; système dont j'ai exposé les bases dans mon article du 1<sup>er</sup> octobre, et qui peut se résumer en ceci : le médecin prend charge de santé vis-à-vis d'un particulier ou d'une famille, moyennant une rétribution annuelle établie principalement d'après l'état de fortune du client. Eh bien ! chose assez piquante, les idées de M. Herpin, je ne les connaissais pas jusqu'au moment où il me vint en tête d'étudier ces questions d'assistance mutuelle, et j'en dois la révélation à un des confrères de M. Giraud en publicité mutualiste, un rédacteur de la *Revue des Sociétés de secours mutuels* publiée à Paris, qui a inséré *in extenso* dans son journal, avec appréciation élogieuse, le travail de notre confrère de Genève. Mais, autre inconséquence ! le mutualiste parisien s'avise d'opposer le projet de M. Herpin aux médecins qui refusent de s'assujettir à l'abonnement aux sociétés ! Comme si ce projet, si rationnel et si équitable en principe, sinon aisé en application, n'était pas la plus radicale condamnation de ces traités à forfait sans acception de clients que la mutualité prétend imposer à ses médecins !

Mais, qu'est-ce donc ? *Deus !... ecce Deus !...* Voici la *Commission supérieure* d'encouragement et de surveillance des Sociétés de secours mutuels, cette divinité qui ne se révèle qu'une fois l'an aux mortels ; la voici qui fait entendre sa voix. Sept des augustes colonnes du grand *Moniteur* nous exhibent ses oracles ! L'œil les parcourt avec charme et satisfaction ; car tout y est beau, tout y est bien, tout y est mieux..., sauf un certain alinéa qui fait quelque peu dissonnance dans l'harmonieux ensemble du rapport à l'Empereur.

« A l'occasion des tentatives faites pour organiser des sociétés nouvelles, des plaintes se sont élevées constamment (*constamment !!!*) dans plusieurs communes rurales



contre le refus des médecins de concourir à la fondation de ces Sociétés, ou d'accepter les conditions ordinairement stipulées pour le service médical, dans la crainte de voir toute leur clientèle enlevée par une institution qui met leurs soins à un prix trop réduit et bien moins favorable. D'un autre côté, pour expliquer leur refus, plusieurs médecins accusent les Sociétés d'admettre avec une trop grande facilité des membres actifs qui, n'ayant nul besoin des bénéfices de l'association et renonçant même à toute indemnité, ne se font recevoir que pour obtenir à prix réduit les soins médicaux... L'Administration ne saurait intervenir dans une question qui touche à la liberté professionnelle et qui ne doit être résolue que par l'accord des parties intéressées ; nous dirons seulement que ce serait à tort qu'un médecin vît, dans l'organisation d'une société entre les ouvriers une menace contre la juste rémunération de ses soins et de ses travaux... » (1).

... Le *Moniteur* l'a dit !

Eh ! que dis-je autre chose ?

Sinon : Laissez venir à nous les ouvriers, les *prolétaires* ! C'est pour eux qu'est faite l'association mutuelle à vingt sous par mois rétribuant le médecin à vingt sous par an..., et non pas pour les autres !

En somme, nos *remarques subsistent*, comme on disait dans l'antiquité parlementaire. La réponse de nos contradicteurs, les réflexions du rapporteur de la Commission supérieure ne les ont pas détruites. Elles les confirment, au contraire. Une réforme de l'organisation des sociétés de secours mutuels, particulièrement au chapitre du service médical, c'est-à-dire dans ce qu'elle a de plus essentiel et de plus substantiel, est devenue inévitable. Il dépend de la fermeté et de la bonne entente des médecins de la rendre prochaine.

D<sup>r</sup> H. ASTIER.

(1) *Moniteur universel*, numéro du 22 novembre 1865.

## NOUVELLES.

M. le docteur Létievant a été nommé chef des travaux anatomiques à l'Ecole de médecine de Lyon.

Nous sommes heureux d'annoncer à nos lecteurs que la Faculté de médecine de Paris a décerné à notre jeune confrère, M. Henri Rodet, une mention honorable pour sa thèse sur la trichine et la trichinose.

Par décret en date du 17 novembre, rendu sur la proposition du ministre de l'instruction publique, M. Richet, docteur en médecine, agrégé près la Faculté de médecine de Paris, a été nommé professeur de pathologie chirurgicale à ladite Faculté, en remplacement de M. Denonvilliers, appelé à d'autres fonctions.

Les professeurs de la Faculté de médecine de Paris sont appelés à délibérer sur une proposition tendant à la création d'une chaire de clinique ophthalmologique dans le sein de cette Faculté. La création de cette chaire est sollicitée par ou au profit de M. Liebreich, autorisé, comme on sait, à exercer en France. C'est M. le professeur Gavarret qui est chargé de présenter le rapport sur cette affaire.

Voir à ce propos les réflexions du Dr Simplicie dans l'*Union Médicale*.

« Après le refus solennel que fit la Faculté, il y a quatre ans, de six chaires nouvelles, que la libéralité de M. Rouland lui offrait si généreusement, elle pouvait espérer qu'on ne frapperait plus à sa porte et qu'on la laisserait dans la majesté de son enseignement encyclopédique. Hélas ! il n'en a rien été, voici cet affreux spécialisme qui se présente encore, et cette fois escorté, dit-on, de germanisme. Que va faire alors la Faculté ? Ses antécédents ne laissent aucun doute sur ce point : elle va refuser de nouveau (1). Je n'ai pas besoin de rappeler l'opposition que j'ai

(1) J'apprends à l'instant que la Faculté a rejeté, à l'unanimité, le projet de création d'une chaire d'ophthalmologie.

faite ici, il y a quatre ans, à la décision de la Faculté. Aujourd'hui comme alors, je crois que son enseignement est incomplet et que M. Rouland avait mieux apprécié qu'elle ses besoins et les exigences de la situation. Je ne me souviendrai pas non plus d'une prophétie que je fis à cette époque et dont l'accomplissement est imminent. Je me sens peu disposé à plaindre la Faculté de ce qui lui arrive : elle apprendra par-là à mieux connaître ses amis et ceux qui, dans un désintéressement complet, ne désirent que sa prospérité, sa gloire et l'agrandissement de son influence. Je conserve donc mes opinions sur l'utilité de la création de quelques chaires nouvelles, mais tout en reconnaissant que ce serait une humiliation pour la médecine nationale d'y faire asseoir des médecins étrangers.

« Une circonstance qui a été fort remarquée, c'est que le médecin étranger dont il est beaucoup parlé en ce moment, aux environs de l'Ecole, a fait partie des invités de Compiègne. Un journal raconte même qu'il a eu l'honneur de chanter devant une auguste assistance. Mal peste ! méfiez-vous de ces Esculapes qui, en véritables fils d'Apollon, se servent dextrement de l'aiguille à cataracte et des cordes vocales. Ils arrivent à tout, ces heureux privilégiés de la main et du larynx. Un poète antique l'a dit il y a longtemps :

*Placet sacratus aspis Æsculapii.* »

CHOLÉRA. — On parle d'une nouvelle recrudescence de l'épidémie cholérique. C'est une croyance très-répandue actuellement dans le public et qui a trouvé de l'écho dans les journaux belges. Rien de moins exact. Si le chiffre des décès s'est élevé, du 14 au 15 novembre, de 36 à 60, il est brusquement descendu les jours suivants. Voici, du reste, la suite de nos relevés statistiques :

|                 | Décès dans les hôpitaux. | Décès en ville. | Totaux. |
|-----------------|--------------------------|-----------------|---------|
| Le 16 novembre. | 13                       | 21              | 34      |
| Le 17           | — 10                     | 25              | 35      |
| Le 18           | — 17                     | 23              | 40      |
| Le 19           | — 14                     | 30              | 44      |
| Le 20           | — 10                     | 29              | 39      |
| Le 21           | — 9                      | 20              | 29      |
| Le 22           | — 17                     | ?               | ?       |

En ne tenant compte que de la mortalité absolue, sans avoir égard à la population respective, les arrondissements de Paris pourraient être classés, suivant l'*Union médicale*, de la manière suivante, qui indique l'ordre décroissant des décès cholériques.

Le 18<sup>e</sup>, le 11<sup>e</sup>, le 5<sup>e</sup>, le 4<sup>e</sup>, le 17<sup>e</sup>, le 1<sup>er</sup>, le 12<sup>e</sup>, le 10<sup>e</sup>, le 19<sup>e</sup>, le 3<sup>e</sup>, le 6<sup>e</sup>, le 9<sup>e</sup>, le 7<sup>e</sup>, le 2<sup>e</sup>, le 13<sup>e</sup>, le 15<sup>e</sup>, le 14<sup>e</sup>, le 8<sup>e</sup>, le 20<sup>e</sup>, le 16<sup>e</sup>.  
(*Gazette hebdomadaire*.)

—

Nous ne croyons pas devoir taire plus longtemps, après les divulgations répétées de la presse ultra-scientifique, le malheur qui vient de frapper la famille médicale dans la personne de M. le professeur Jobert (de Lamballe), qui a dû être transporté dans la maison de M. Blanche. Il y a une vingtaine de jours que, dans un couvent où nous appelaient, comme lui, les devoirs de la profession, la singularité de ses manières avait frappé l'une des religieuses. Quelques jours après, notre malheureux confrère ne reconnaissait plus les salles de l'Hôtel-Dieu. On assure qu'une légère amélioration s'est produite.

—

Un concours ouvert au Val-de-Grâce, pour deux emplois de professeur agrégé à l'Ecole impériale de médecine et de chirurgie militaire, vient de se terminer par la nomination de MM. Valin et Boisseau.

—

Le Congrès médical espagnol, qui s'était réuni la première fois en 1864, ouvrira sa seconde session en septembre 1866. Les médecins étrangers sont invités à prendre part aux travaux de ce Congrès.

*Le directeur du Comité, gérant,*

**GAILLETON.**

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES

DANS LE QUATRIÈME VOLUME

2<sup>e</sup> Année. — 2<sup>e</sup> Semestre.

| PAGES   | PAGES       |
|---|-------------|
| Abdomen (observation de plaie pénétrante de l').....  | 453         |
| Absinthe (composition de la liqueur d').....  | 136         |
| Absinthe (effets de la liqueur d').....   | 291         |
| Académie de médecine. 138-210-292-382-462   | 52          |
| Académie des sciences. 135-215-291-377-459  | 49          |
| Aix (des eaux d') comme moyen de diagnostic dans les maladies chroniques. Bibliographie par M. CHATIN.....            | 229         |
| Alcoolisme (lésions anatomiques produites par l').....  | 140         |
| Angine couenneuse (jus de citron contre l')...  | 139         |
| Anthrax (phlébite consécutive).....   | 371         |
| Aorte anévrisme de l')..  | 368         |
| Apoplexie (cas d') sur un jeune enfant.....   | 131         |
| Arnica (accidents graves causés par la teinture d') à haute dose.....   | 132         |
| Ascarides (traitement des   | 288         |
| Astier (Causeries du mois)  | 231         |
|   | 299-393-466 |
| Atropine (empoisonnem. à la suite d'une injection de sulfate d') ...  | 205         |
| Atropine (recherche de l') dans le valérianate de quinine.....  | 290         |
| —   | —           |
| Barella. — Paraplégie choréique.....  | 161         |
| Id. — Remarques sur les diurétiques ...   | 150-218     |
| Bassin (étude sur le choix à faire entre la version pelvienne et l'application du forceps dans les cas de rétrécisse- |             |

| PAGES   | PAGES   |
|---|---|
| ment du) par saillie de l'angle sacro-vertébral 375   | Lyon, année 1864. — Bibliographie par le docteur GAILLETON... 386                               |
| Berne. — Rétrécissement du bassin, 7 centimètres 12. — version; succès ..... 406  | Copahu (tœnia expulsé par le)..... 450  |
| Boucaud. — Observation d'herpès fébrile ..... 128   | Cordon (nouveau procédé de réduction du), par M. CHASSAGNY.... 442                              |
| Brûlures (traitement des) par la poudre de talc. 289  | Corps étrangers dans les voies aériennes..... 370   |
| —   | Cou (blessure du) par arme à feu..... 285   |
| Carbonique (note sur l'action physiologique de l'acide) ..... 210   | Coude (résection sous-périostée du)..... 305  |
| Cardiaque (circulation) chez la grenouille... 192   | Curarine (effets physiologiques de la)..... 136   |
| Catarrhale (fièvre dite), par le Dr CHABALIER... 337  | —   |
| Causeries du mois, par le docteur ASTIER... 231   | Dardel. — Vomissements incoercibles pendant la grossesse. — Avortement provoqué... 1            |
| 299-393-466   | Darvieu (de). — Lésions du cœur d'un diagnostic difficile..... 365                              |
| Cérébrale (tumeur)..... 428   | Déglutition (nouvelles recherches expérimentales sur le véritable mécanisme de la)... 212       |
| Chaleur animale (expériences sur la)..... 459   | Delore. — Expériences obstétricales..... 113  |
| Chancre de la joue..... 431   | Dents (de l'usure des). De la pulpe dentaire produite par cette cause par le Dr GAILLARD... 241 |
| Chlorée (eau) dans le traitement des affections de l'œil)..... 449  | Diabète (le) et la goutte traités par l'air ozonisé 140   |
| Choléra (communications sur le). — Période prodromique. — Mode de propagation. — Prophylaxie. 291-378-379-382 393-459-462 | Douche oculaire (de la) en ophthalmothérapie, par le docteur RIEUX. 19, 254 409                 |
| Choléra (du) observé en Cochinchine et de son traitement..... 455   | Dysenterie (des indications de l'emploi du calomel dans la)..... 45                             |
| Citron (le jus de) contre l'angine couenneuse.. 139   | Dyspepsie iléo-cœcale (recherches sur la), par M. BACHELET. — Bibliographie ..... 227           |
| Cœur (lésions du) d'un diagnostic difficile, par M. DE DARVIEU..... 355   | Dystocie; version..... 406  |
| Cœur (forme graphique des battements du) chez l'homme et les animaux ..... 460  |   |
| Compte moral administratif des hôpitaux de  |   |

|  | PAGES |
|--|-------|
| Emplâtres ou sparadrap<br>au thapsia. Formule<br>de Desnoix.....   | 203   |
| Endocardite (cas d')....   | 129   |
| Eaux minérales (électri-<br>cité des).....   | 215   |
| Electrique (action) des<br>eaux minérales de Bon-<br>nes et d'Eaux-Chaudes   | 50    |
| Electrolytique (de la mé-<br>thode).....   | 141   |
| Empoisonnement par une<br>injection hypodermi-<br>que d'atropine.....  | 205   |
| Empoisonnement par le<br>phosphore.....  | 280   |
| Empoisonnement par le<br>sulfo-cyanure de mer-<br>cure.....  | 373   |
| Endocardite ulcéreuse<br>chez le cheval.....   | 368   |
| Erysipèle (contagion de<br>l').....  | 138   |
| Esérine (recherches chi-<br>miques et physiologi-<br>ques sur un alcaloïde<br>extrait de la fève de<br>Calabar)..... | 51    |
| Étamage (note sur l') des<br>vases culinaires et sur<br>la poterie d'étain....                                       | 200   |
| Expériences obstétrica-<br>les, par le D <sup>r</sup> DELORE.  | 113   |
| —  |       |
| Fiel de bœuf (emploi<br>thérapeutique du)....  | 239   |
| Fœtus morts (statistique<br>sur les) et les enfants<br>nouveau-nés.....  | 292   |
| Foudre (études sur les<br>accidents causés par la)   | 208   |
| Fougère mâle (traitement<br>du ténia).....   | 278   |
| —  |       |
| Gaillard. — De l'usure<br>des dents.....   | 241   |

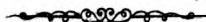
|  | PAGES   |
|--|---------|
| Gailleton. — Du traite-<br>ment de l'ozène et des<br>ulcérations de la mu-<br>queuse du nez.....                             | 321     |
| Galazyme (traitement ef-<br>ficace par le) des affec-<br>tions catarrhales, de la<br>phthisie et des con-<br>sommptions..... | 50      |
| Goutte (le diabète et la)<br>traités par l'air ozo-<br>nisé.....   | 140     |
| Grefte animale.....  | 381     |
| Grossesse interstitielle..   | 385     |
| Grossesse (contraction<br>des extrémités pendant<br>la).....   | 452     |
| Grossesse gémellaire. —<br>Mort d'un des fœtus<br>au quatrième mois ..   | 447     |
| Grossesse (traitement et<br>pronostic de la pneu-<br>monie pendant la) ...   | 463     |
| —  |         |
| Hématurie intermittente  | 48      |
| Herpès fébrile (observa-<br>tion d'), par le docteur<br>BOUCAUD.....   | 128     |
| Homme (l') sauvage....   | 298     |
| Horand. — Cas de pel-<br>lagre.....  | 249     |
| Hygiène et thérapeutique<br>militaires (essais d'),<br>par le D <sup>r</sup> T.-W. EVANS.                                    | 297-464 |
| Bibliographie.....   | 297-464 |
| —  |         |
| Iodure de potassium<br>(composition de l')...  | 377     |
| —  |         |
| Lait (de l'influence de<br>l'eau dans la produc-<br>tion du).....  | 212     |
| Levier (note sur le), par<br>le D <sup>r</sup> Raffaele, bib. par<br>le docteur SOULIER...                                   | 142     |

|  | PAGES |   | PAGES   |
|--|-------|---|---------|
| Luxation sous-coracoïdienne.....   | 431   | l') et des ulcérations de la muqueuse du nez par les douches nasales, par le docteur GAILLETON .....      | 321     |
| Lipomateuse (tumeur) dégénérée .....   | 194   |   |         |
| —  |       |   |         |
| Maxillaire supérieur (tumeur myéloïde du)...   | 281   | Paracentèse abdominale (accidents locaux consécutifs à la) et sur les moyens d'y remédier.                | 131     |
| Médecine opératoire, bandages et appareils (traité de), par le docteur SÉDILLOT. — Bibliographie par le docteur MARMY. ....                            | 55    | Paraplégie choréique. — Traitement par l'arsenic, la noix vomique et le fer, par le docteur BARELLA ..... | 161     |
| Môle vésiculeuse .....   | 279   | Parole (sens de la) discussion sur le .....   | 53      |
| Myéloïde (tumeur) du maxillaire supérieur .  | 281   | Peau (maladies de la) traitem. par le schiste   | 183     |
| —  |       | Pemphigus des nouveau-nés (observation et discussion) .....   | 361     |
| Nécrose du tibia.....  | 282   | Pectoriloquieaphonétique  | 204     |
| Nouveau-nés (viabilité des).....   | 215   | Pellagre (cas de), par M. HORAND.....   | 249     |
| —  |       | Perroud. — Etudes sur la polystéatose viscérale.....  | 168-181 |
| Obstétricales (expériences), par le D <sup>r</sup> DELORE.   | 113   | Phlébite consécutive au furoncle et à l'anthrax   | 371     |
| Ombilicale (traitement de la hernie).....  | 238   | Phlegmon diffus traité par les caustiques....   | 450     |
| Omoplate (résection de l').....  | 216   | Phosphore (empoisonnement par le)....   | 280     |
| Omoplate (reproduction de l').....   | 428   | Phthisie pulmonaire. — Traitement curatif de M. FUSTER.....   | 51      |
| Osmose (recherches sur l') et sur l'absorption par le tégument externe de l'homme dans le bain, par M. REVELL. Bibliographie par le docteur ICARD..... | 66    | Pied-bot valgus douloureux des adolescents.   | 463     |
| Ovariectomie (six nouvelles opérations d')....   | 214   | Placenta (Rech. anatom. sur la membrane lamineuse, l'état du chorion et la circulation dans le).....      | 52      |
| Ovariectomie (obs. d')... 378  |       | Plaies (pansement des) avec la térébenthine.  | 102     |
| Ozène (du traitement de  |       | Pneumonie chronique (anat. pathologique..   | 197     |



| PAGES                         | PAGES                         |
|-------------------------------|-------------------------------|
| Polype des fosses nasales 432 | tement de la gale. —          |
| Polype naso-pharyngien 279    | De son application            |
| Polystéatose viscérale        | dans celui des mala-          |
| (études sur la), par le       | dies des voies respira-       |
| docteur PERROUD... 81-168     | toires..... 183               |
| Puberté féminine (de la)      | Scille dans les affections    |
| en France..... 292            | dans les affections de        |
| Puerpérale (discussion        | la rate..... 455              |
| sur la fièvre)..... 42        | Société de médecine de        |
| Pulmonaires (de l'in-         | Lyon..... 39                  |
| fluence pathogénique          | Société des sciences mé-      |
| des maladies) sur le          | dicales. 191-274-361-427      |
| cœur droit, par le doc-       | Sueurs colliquatives (du      |
| teur GOURAUD. — Bi-           | moyen d'arrêter les). 133     |
| bliographie par le doc-       | Sulfo-cyanure de mer-         |
| teur SOULIER..... 146         | cure (empoisonnement          |
| Pustule maligne (nature       | par le)..... 372              |
| de la)..... 135               | Syphilis (cas rare de         |
| —                             | contagion médiate de          |
| —                             | la)..... 195                  |
| Rate (de la scille dans les   | Syphilis (trois observa-      |
| affections de la)..... 455    | tions de)..... 435            |
| Rérolle. — Traitement         | —                             |
| de la gale, des mala-         | Talc (de l'emploi de la       |
| dies de peau, des voies       | poudre de) contre la          |
| respiratoires..... 183        | brûlure..... 289              |
| Réssection du genou (ob-      | Térébenthine (pansement       |
| servation et discussion) 39   | des plaies avec la)... 202    |
| Réssection sous-périostée     | Thapsia (formule d'un         |
| du coude..... 365             | emplâtre de)..... 203         |
| Rétrécissement du bassin      | Thoracentèse (discussion      |
| de 7 c. 1 2. par le doc-      | sur la)..... 293              |
| teur BERNE..... 406           | Tibia (nécrose du).... 232    |
| Respiratoires (traitement     | Tinea (chenilles de).... 274  |
| des maladies des voies)       | Transfusion du sang (re-      |
| par l'huile de schiste. 183   | cherches expérimenta-         |
| Rieux. — De la douche         | les sur la)..... 460          |
| oculaire..... 19-254-409      | Trichinose et acrodynie. 384  |
| —                             | Typhoïde (état et fièvre) 216 |
| —                             | Typhoïdes (fièvres) épi-      |
| Sang (température du)         | démiques..... 384             |
| artériel et veineux... 459    | Typhoïdes (traitement         |
| Schiste (de l'emploi de       | des fièvres)..... 198         |
| l'huile de) dans le trai-     | —                             |

|   | PAGES |   | PAGES |
|---|-------|---|-------|
| Urine (de l') et des dépôts<br>urineux, par GOLDING<br>BIRD. — Bibliographie<br>par le Dr BARELLA.... | 150   | Vaccine et variole.....   | 293   |
| Urineux (abcès).....  | 276   | Virus et maladies viru-<br>lentes.....  | 384   |
| —   |       | Vomissements incoërci-<br>bles pendant la gros-<br>sesse. — Avortement<br>provoqué, par le doc-<br>teur DARDEL..... | 1     |
| Vaccination animale....   | 52    |   |       |



41C  
920



418  
929  
50





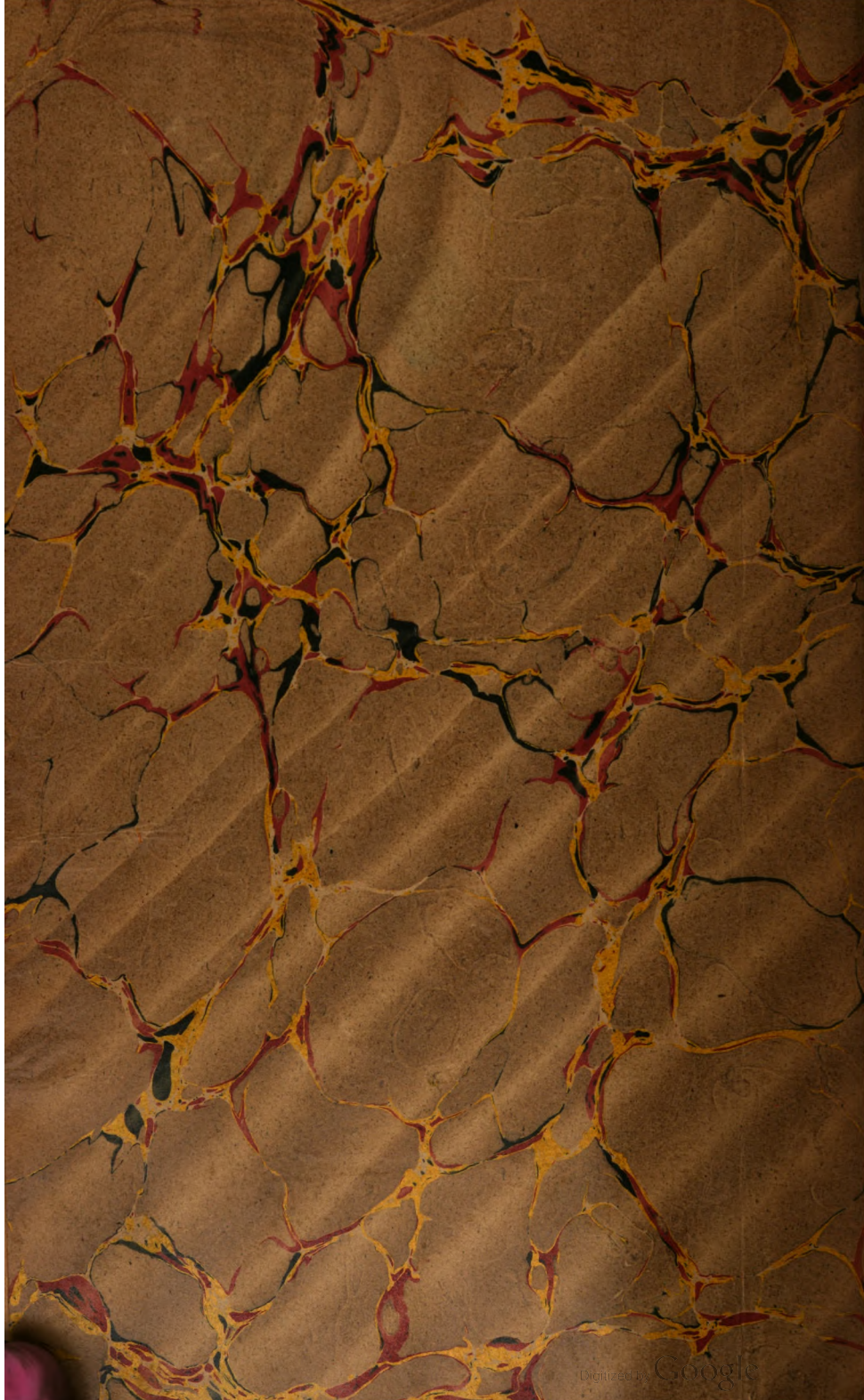




410  
920









418  
928





